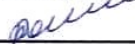


**МІНІСТЕРСТВО КУЛЬТУРИ ТА ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ КУЛЬТУРИ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ**

ЗАТВЕРДЖУЮ:

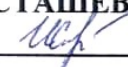
**Гарант освітньої програми
Анастасія Большакова**



_____ 2020 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ:

**Проректор з
навчальної роботи
Інна СТАШЕВСЬКА**



_____ 2020 р.

ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

(шифр і назва навчальної дисципліни)

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

перший (бакалаврський) рівень _____
(назва рівня вищої освіти)

галузь знань _____ 05 Соціальні та поведінкові науки
(шифр та назва галузі знань)

спеціальність _____ 053 Психологія
(код і назва спеціальності)

освітня програма _____ Психологія
(назва освітньої програми)

кваліфікація _____ бакалавр з психології

Конспект лекцій Основи психотерапії

(назва навчальної дисципліни)

за напрямом підготовки 053, спеціальністю «Психологія» . « 21 » серпня 2020 року 65 с.

Мова навчання — українська

Розробники: (вказати авторів, їхні посади, наукові ступені та вчені звання)

Віденєєв І.О., доцент кафедри психології та педагогіки, кандидат психол. наук, доцент,.

Затверджено на засіданні кафедри психології та педагогіки,
протокол № 2 від « 21 » серпня 2020 р.

Голова групи
забезпечення
д.психол.н., професор
Завідувач кафедри
психології та педагогіки,
д.психол.н., професор



Анастасія
БОЛЬШАКОВА

Анастасія
БОЛЬШАКОВА

Затверджено на засіданні ради факультету соціальних комунікацій
протокол № 1 від « 25 » серпня 2020 р.

Голова ради факультету



Алла СОЛЯНИК

Теми лекційних занять

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Історія розвитку психотерапії як науки.	2
2	Принципи та методи організації психотерапевтичного процесу.	2
3	Основні положення та методи психоаналітичної терапії.	2
4	Особливості та методи психодинамічної терапії.	2
5	Загальний підхід до терапії в гештальт-психології.	2
6	Загальна характеристика методів клієнт-центрованої терапії.	2
7	Особливості та методи арт-терапії.	2
8	Основні положення та методи трансактного аналізу.	2
9	Проблема ефективності терапії: критерії та методи оцінки.	2
	Разом	18

Тема №1. Історія розвитку психотерапії як науки .

Мета вивчення: Засвоїти основні уявлення про особливості становлення психотерапії як науки.

Питання до розкриття

1. Предмет, проблеми та методи психотерапії.
2. Класифікація видів психотерапії.
3. Основні етапи становлення психотерапії в історії.
4. Науковий статус сучасної психотерапії.

Психотерапія — це лікування різних захворювань за допомогою психологічних методів. Психотерапія - система лікувальної дії на психіку, а через психіку - на весь організм і поведінку хворого.

Прийнято розрізняти психотерапію у вузько медичному сенсі як метод лікування і в широкому, що включає організацію праці і побуту, профілактику психотравмуючих чинників і тому подібне.

Психотерапія є специфічним методом лікування, оскільки лікувальний ефект тут досягається тією інформацією і емоційним зарядом, які вона в собі несе. Мова йде про специфічній, психічній дії на людину.

Психотерапія може застосовуватися як самостійно, так і в комплексі з іншими методами лікування. Психотерапія може здійснюватися при безпосередньому контакті лікаря з пацієнтом або опосередковано: за допомогою звукозапису, радіо, телефону, телебачення, кіно, за допомогою друкарського слова, музики, картин.

Розрізняють психотерапію в широкому і вузькому сенсі. Психотерапія в широкому сенсі слова включає соціотерапію, лікування середовищем, працетерапію; психотерапія у вузькому сенсі обмежується дією психотерапевта (або психотерапевтичної групи) на пацієнта.

Психотерапія зараз широко застосовується в наркології, терапії, особливо при так званих психосоматичних захворюваннях, в акушерстві, дерматології, педіатрії, стоматології, хірургії і так далі.

Психотерапія стоїть на стику багатьох наук: психології, медицини, фізіології, філософії, лінгвістики, соціології, і в той же час формується в спеціальну область знань, де

практичні навички і їх використання з лікувальною метою випереджають фундаментальні дослідження по їх обґрунтуванню.

Психотерапія, рівень її розвитку тісно пов'язані з рівнем культури суспільства, з його звичаями, умовами праці і так далі. Там, де рівень культури високий, психотерапія розвивається швидко і сприймається як наука. У країнах малорозвинених, з низьким культурним рівнем психотерапевтичні ритуали оточуються містикою, стають знаряддям релігії або шаманів. Такі коливання можливі навіть в одній країні. Якщо суспільство переживає моральну кризу (а вона найчастіше поєднується з економічною), то перше, що виповзає назовні, - це величезне число містифікаторів.

Культурний рівень суспільства і особливості культури і побуту народів накладають відбиток і на особливості психотерапевтичних методів і прийомів. Багато східних методик, пов'язаних з йогою, буддизмом, суфізмом, у нас просто не «працюватимуть».

Психотерапія ґрунтується на методах лікування, освоєння яких вимагає копійки праці і тривалого часу. Освоїти їх за 3-4 місяці неможливо. Не потрібно обіцяти дива і своїм пацієнтам. «Торговці надією» ніколи не приносили користі ні психотерапії, ні хворим.

Загальна мета психотерапії полягає в допомозі пацієнтам змінити своє мислення і поведінку так, щоб стати щасливішими і продуктивнішими. При роботі з пацієнтами ця мета диференціюється на ряд завдань, а саме:

- 1) терапевт допомагає пацієнтові краще зрозуміти свої проблеми;
- 2) усуває емоційний дискомфорт;
- 3) заохочує вільний вираз відчуттів;
- 4) забезпечує пацієнта новими ідеями або інформацією про те, як вирішувати проблеми;
- 5) допомагає пацієнтові в перевірці нових способів мислення і поведінки за межами терапевтичної ситуації.

При вирішенні цих завдань терапевт використовує:

1. Забезпечення психологічної підтримки. Це означає співчутливо вислухати пацієнта і дати йому зважену раду в кризовій ситуації. Допомогти пацієнтові усвідомити і використовувати свої сили і уміння.
2. Усунення дезадаптивної поведінки і формування нових, адаптивних стереотипів.
3. Інсайт (усвідомлення) і саморозкриття, внаслідок чого пацієнти починають краще розуміти свої мотиви, відчуття, конфлікти, цінності.

Загальноприйнятої класифікації методів психотерапії в даний час не існує. Слід розрізняти методи і форми (техніка) психотерапії.

Під методом розуміється загальний принцип лікування, витікаючий з поняття суті (патогенезу) захворювання. Так, наприклад, поняття невроту як помилки розуму, помилкового мислення сформувало метод раціональної психотерапії. Уявлення про невроту як про розлад, викликаний застряванням в несвідомій сфері афекту, пережитого у минулому, сприяло створенню методу катарсису, а розуміння невроту як прояву витисненого в несвідоме інфантильно-сексуального потягу породило психоаналіз.

Спосіб застосування того або іншого методу психотерапії називається формою психотерапевтичного лікування. Так, наприклад, метод раціональної психотерапії може застосовуватися у формі індивідуальної бесіди з хворим, у формі бесіди з групою або у формі лекції. Метод навіювання може застосовуватися в безсонному стані або в гіпнозі. Психоаналіз застосовується у формі спостереження потоку вільних асоціацій, дослідження асоціацій, аналізу сновидінь, у формі асоціативного експерименту і так далі.

Одна і та ж форма психологічної дії може служити різним методичним установкам. Так, гіпноз може бути використаний і з метою навіювання, і з метою катарсису.

Комплекс різних методів психотерапії, об'єднаних загальним принциповим підходом до лікування, утворює систему, або напрям, психотерапії. Прийнято говорити

про окремі напрями психотерапії, в їх рамках виділяти окремі методи, а вже усередині кожного методу - різні методики і прийоми.

За кордоном найбільшого поширення набули три психотерапевтичні напрями:

1. психоаналітичний;
2. бихевіористський;
3. екзистенціально-гуманістичний (недирективна психотерапія, гештальт-терапія і ін.).

У вітчизняній психотерапії останніми роками виділяють наступні основні напрями:

1. особистісно-орієнтовану (реконструктивну) психотерапію (Карвасарський);
2. психотерапію сугестії;
3. поведінкову психотерапію;
4. емоційно-стресову психотерапію (Рожнов).

Класифікацій психотерапевтичних методів лікування:

1. психотерапія сугестії (навіювання в стані неспання, природного сну, гіпнозу, емоційно-стресова психотерапія, наркопсихотерапія);
2. самонавіювання (аутогенне тренування, метод Куе, метод Джекобсона);
3. раціональна психотерапія;
4. групова психотерапія;
5. ігрова психотерапія;
6. сімейна психотерапія;
7. умовно-рефлекторна психотерапія. Все частіше застосовуються психоаналіз, траксактний аналіз, гештальт-терапія і ін.

Усередині кожного з цих методів існують десятки, а то і сотні методик.

Систематизують психотерапію по характеру дії (пряма-непряма); за етиопатогенетичному принципу (каузальна-симптоматична); по меті дії (седативна, активуюча, амнезуюча); по участі в ній хворого (мобілізує-вольова, пасивна); по виду дії терапевта (авторитарна, роз'яснювальна, повчальна, тренуюча); по джерелу дії (гетерогенна, аутогенна); по спрямованості щодо патогенних установок (синергічна переживанням, антагоністична, дискусійна); по тактиці терапевта (вибіркова, комбінована або комплексна); по числу осіб, з якими працює лікар (індивідуальна, колективна, групова) і так далі.

Існує класифікація принципів вибору методу психотерапії залежно від захворювання:

1. при гострій істеричній симптоматиці переважна сугестія;
2. при вегетативних порушеннях - аутогенне тренування;
3. при життєвих труднощах – «розмовна» терапія;
4. при фобіях - поведінкова терапія;
5. при характерологічних порушеннях - гештальт-терапія, психодрама;
6. при розладах, пов'язаних з сімейними проблемами, - сімейна психотерапія;
7. при комплексних розладах з наявністю попереднього нахилу - глибоко-психологічні методи.

Вже при першій зустрічі психотерапевта з пацієнтом встає питання про згоду хворого на проведення курсу психотерапії. При цьому неодмінною умовою є позитивне відношення хворого до лікування. Тому психотерапію не призначають, про її доцільність домовляються.

Ефективність психотерапевтичного лікування залежить від взаємин лікаря і пацієнта, від психотерапевтичного альянсу. Правильно побудовані взаємини психотерапевт - пацієнт залежать від багатьох чинників, серед яких одне з головних місць займають досвід і мистецтво психотерапевта. За зовнішньою строгістю психотерапевта пацієнт завжди повинен відчувати тепло, любов до себе, співпереживання, бажання допомогти. Пацієнт ніколи не прощає байдужості.

Також небезпечна для початкуючого психотерапевта і надмірна самовпевненість. Психотерапевт, який знає все і уміє лікувати все, так само небезпечний для пацієнта, як і байдужий терапевт.

Від психотерапевта вимагається висока культура, порядність і принциповість. Ці якості викликають пошану і довіру, а це вже половина успіху в лікуванні.

Велике значення для психотерапевта має культура мови. Мова повинна бути граматично правильною, вільною від всяких вульгарних оборотів, від незрозумілих хворому термінів.

Психотерапевт повинен уміти не тільки просто і переконливо говорити, але уважно і терпляче слухати. Вислухати - означає вже полегшити стан.

На спілкування психотерапевта і пацієнта накладає відбиток і характер захворювання. Якщо по відношенню до істерика або алкоголіка іноді дозволена різкість і строгість, то психастеники або особи з чутливими рисами характеру завжди краще реагують на м'якість, розуміння, тепло і важко переносять грубість і неделікатність.

Пацієнт завжди чекає від психотерапевта дива. Авторитет психолога є важливим чинником, що впливає на ефективність психотерапевтичного лікування.

Головне в роботі психотерапевта не виготовлення для хворого «психологічних протезів», а прагнення розкрити перед ним його ж резервні, приховані можливості.

Відомо, як мінімум, близько 450 видів психотерапії. Більшість видів психотерапії співвідносять з трьома основними напрямками:

- Когнітивно-біхевіоральний

Біхевіоральний напрям розглядає людину як складну машину, що відповідає реакціями на дії зовнішнього середовища, заломлює їх крізь призму внутрішніх змінних (ментальних карт, цілей і потреб). Працюючи із способами розуміння і підкріплюючи правильну поведінку, відбувається психотерапія. Це - біхевіоризм і когнітивно-біхевіоральний підхід.

- Психодинамічний

Психодинамічний напрям виходить з того, що все внутрішнє життя, що відбувається в нас, - це прояв динаміки внутрішніх імпульсів в їх зіткненні з уявленнями про реальність, гра індивідуального або колективного несвідомого, прояв нашої внутрішньої природи, що як реалізовує наші інстинкти, так і підштовхує нас до розвитку і самоактуалізації. Відповідно, це психоаналіз, юнгіанство і гуманістичний підхід.

- Гуманістичний

Гуманістичний напрям об'єднаний вірою у внутрішню свободу людини, вірою в можливість людини самої формувати свої відносини, сенси і життєві цінності, бути вірною самої себе. В першу чергу, це екзистенціальний і духовні підходи.

Терапія і розвиток особистості в когнітивно-біхевіоральному напрямі.

В даний час рідко зустрінеш терапевта, що працює в чисто поведінковому або чисто когнітивному напрямі. Частіше ці вітки вдало змикаються, переплітаються, і сьогодні більшість терапевтів цього крила працюють в змішаному, когнітивно-біхевіоральному напрямі.

Терапія і розвиток особистості в гуманістичному (феноменологічному) напрямі.

В першу чергу - це гуманістична психотерапія. Вона бере початок в гуманістичній психології і роботах її засновників - К. Роджерса, Р. Мея, А. Маслоу і ін. Сутнісне ядро цього підходу - в розумінні людини як нероздільної і принципово цілісної єдності тіла, психіки і духу, а відповідно - в обігу до інтегральних переживань (щастя, горя, провини, втрати і так далі), а не до окремих ізольованих аспектів, процесів і проявів. Категоріальний апарат гуманістичного підходу включає уявлення про «Я», ідентичність, аутентичність, самореалізацію і самоактуалізацію, особисте зростання, екзистенції, сенс життя і так далі.

Методичний апарат пов'язаний з гуманістично-екзистенціальним переосмисленням життєвого досвіду і психотерапевтичного процесу.

З цим підходом пов'язаний широкий круг методів: недирективна клієнт-центрована психотерапія (К. Роджерс), психологічне консультування (Р. Мей), біоенергетика (В. Райх), сенсорне усвідомлення (Ш. Сильвер, Ч. Брукс), структурна інтеграція (І. Рольф), психосинтез (Р. Ассаджіолі), логотерапія (В. Франкл), екзистенціальний аналіз Р. Мея і Дж. Бюджентала, і ін. Сюди ж можна віднести арттерапію, поетичну терапію, терапію творчим самовираженням (М.Е. Бурно), музикотерапію (П. Нордофф та К. Роббінс) і ін.

До феноменологічного підходу відносяться також всі системи, що ґрунтуються на директивному або недирективному навіюванні.

Інтеграційний підхід (мультимодальна психотерапія).

Стає все більш визначальною тенденцією, усередині якої виділяють методичний еkleктизм, психотерапевтичну поліпрагмазію, теоретичну інтеграцію. У практичній площині інтеграція прямує принципом Р. Пауля: яка психотерапія і ким проводиться найбільш ефективна для цієї людини з її специфічними проблемами в її обставинах і оточенні або - по виразу М. Еріксона: для кожного пацієнта - своя психотерапія. Змішення різних чинників і стилів інтеграції створює «дику психотерапію», чревату, як підкреслює А. Лазарус, непередбачуваними ефектами.

Системний підхід

Так званий системний підхід - поширений і поважаний підхід в психотерапії, але в реальності він є модифікацією психодинамічного або гуманістичного (феноменологічного) напрямку.

Визначається не орієнтацією на теоретичні моделі, а сфокусованістю на партнерстві, сім'ї, шлюбі, групах як самостійних організаціях, цілісних системах зі своєю історією, внутрішніми закономірностями і динамікою, етапами розвитку, ціннісними орієнтаціями і так далі. Терапія в рамках цього підходу виходить з того, що дисфункціональна система відносин визначає дезадаптацію її учасників. Терапевт займає позицію включеного спостерігача або граючого тренера. Системний терапевт в достатній мірі директивний: він ставить питання, спостерігає і контролює, структурує комунікацію учасників, драматизує відносини і моделює конфлікти, дає домашні завдання і так далі.

Порівняльний огляд психотерапевтичних напрямів

Основні тематичні параметри	Психодинамічний напрям	Когнітивно-біхевіоральний напрям	Гуманістичний напрям
Природа людини	Рухається сексуальними і агресивними інстинктами	Продукт соціального навчання і обумовлення; поводить на підставі минулого досвіду	Має вільну волю і здібність до самовизначення і самоактуалізації
Основна проблема	Сексуальне придушення	Тривога	Психічне відчуження
Концепція патології	Конфлікти у сфері інстинктів: несвідомі ранні лібідозні потяги	Придбані стереотипи поведінки	Екзистенціальне відчуження: втрата можливостей, розщеплення «я», розузгодження між думками, відчуттями і поведінкою (втрата аутентичності)
Концепція	Вирішення	Усунення	Актуалізація

здоров'я	інтрапсихічних конфліктів: перемога «его» над «ід», тобто сила «его»	симптомів: відсутність специфічного симптому або зниження тривоги	особового потенціалу: зростання «я», аутентичність і спонтанність.
Вид зміни	Глибинний інсайт: розуміння раннього минулого	Пряме навчання: поведінка в поточному сьогодні, тобто дія, або дія в уяві	Безпосереднє переживання: відчуття або відчуття в даний момент
Часовий підхід і «фокус»	Історичний: суб'єктивне минуле	Неісторичний: об'єктивне сьогодні	Відсутність історизму: феноменологічний момент («тут-та-тепер»)
Завдання терапевта	Зрозуміти несвідомий психічний зміст і його історичне, приховане значення	Програмувати, підкріплювати, пригнічувати або формувати специфічні поведінкові реакції для усунення тривоги	Взаємодіяти в атмосфері взаємного ухвалення, сприяючого самовираженню (від фізичного до духовного)
Основна техніка	Інтерпретація. Матеріал: вільні асоціації, сновидіння, буденна поведінка, перенесення і опір	Обумовлення: систематична десенситизація, позитивне і негативне підкріплення, моделювання	«Енкаунтер» («зустріч»): рівна участь в діалозі, експерименти або ігри, драматизація або розігрування відчуттів
Роль терапевта	Нейтральна. Допомогає пацієнтові досліджувати значення вільних асоціацій і іншого матеріалу з несвідомого	Вчитель (тренер). Допомогає пацієнтові замінювати дезадаптивну поведінку на адаптивну. Активний, орієнтований на дії	Фасилітатор (прискорювач) зростання особистості
Характер зв'язку між терапевтом і пацієнтом	Трансферентний і першорядний для лікування: нереальні взаємини	Реальний, але другорядний для лікування: взаємини відсутні	Реальний і першорядний для лікування: реальні взаємини
Лікувальна модель	Медична: лікар - пацієнт. Авторитарна. Терапевтичний союз	Освітня: викладач -учень. Авторитарна. Учбовий союз	Екзистенціальна: спілкування двох рівних людей. Егалітарна (рівноправна).

Порівняльна ефективність різних видів психотерапії.

- Всі види психотерапії дають приблизно однакові результати: відмінності між ними існують, але вони мінімальні.
- Короткострокові види психотерапії дають такі ж або навіть кращі результати, чим довгострокові.
- Жоден з видів психотерапії не має глобальних або вирішальних переваг в роботі з клієнтами, що пред'являють які-небудь скарги, або з клієнтами, яким поставлений який-небудь діагноз.
- Самі різні форми терапії орієнтовані перш за все на представників категорії молодих, привабливих, інтелектуальних, неодружених, а зовсім не на широкі шари тих, що мають потребу.
- «Крива зносу», що показує, як люди користуються психотерапевтичними послугами, указує на стрімке скорочення потреби в цих послугах.

До теперішнього часу ці дані не помічали або ігнорували, а вони, тим часом, свідчать про те, що до теорії і практики психотерапії пред'являються нові вимоги.

- До теперішнього часу ніякі параметри індивідуальних клієнтів (запозичені з глибинних теорій) не виявили прийнятною валідності.

Тим часом, саме концепції глибинної психотерапії найширше представлені в літературі.

- Психотерапія не має в своєму розпорядженні статистичних даних про клієнтські оцінки результатів лікування.

Зате широко приводяться оцінки, зроблені психотерапевтами, в яких часто відсутні важливі дані, а це заважає об'єктивно оцінити підсумки психотерапії і кінець кінцем підсилює розбіжності між оцінками клієнтів і оцінками психотерапевтів.

- Гіпотези, що стосуються релевантних чинників психотерапії, пояснюють не більше десяти-двадцяти відсотків відмінностей в отримуваних результатах.
- Існує мало теорій, які сприяли б розвитку короткострокових видів психотерапії.

Зате довгострокові види психотерапії переобтяжені теоріями, що не мають емпіричної бази, хоча більшість уявлень, що роблять вплив на розвиток психотерапії, і називається «глибинними».

- Прогнози результатів психотерапії (з урахуванням всіх змінних, всіх учасників) не можуть передбачити більше десяти-двадцяти відсотків варіабельності.

Схоже, що більшість психотерапевтів ігнорує цю обставину.

- Майже незмінно в психотерапевтичній підготовці представників всіх професій використовується в основному глибинна модель психотерапії, а альтернативні підходи уникаються.
- Не звертається майже ніякої уваги на «систему здійснення», що вносить внесок до теорії і практики психотерапії.

Початок наукового етапу розвитку психотерапії пов'язують з ім'ям Франца Месмера. Франц - Антон Месмер, доктор медицини Віденського університету, пропагував учення про існування та дію універсального флюїду. Месмер вважав, що його теорія базується на фізіології та близька до теорій електрики або магнітів, які викликали великий інтерес у наукових колах того часу. Згідно з Месмером, хвороба викликається нерівномірним розподіленням флюїду в організмі. Діючи на хворого та викликаючи конвульсивні кризи, магнетизер досягає гармонійного розподілення флюїду, що веде до одужання. Месмер використовував як безпосередні (торкання та магнетичні паси), так і посередні маніпуляції. На колективних сеансах він користувався знаменитим «жбаном» – великою посудиною з водою, в якій знаходились уламки скла, камені, металеві ошурки, пляшки, металеві прутки. До кінців цих прутків, що виступали над поверхнею води, торкались хворі, а мотузка, якою вони були зв'язані між собою, повинна була сприяти циркуляції флюїду. Іноді Месмер користувався скляною паличкою. Основним недоліком

психотерапії Месмера можна вважати те, що він ігнорував взаємовідносини між лікарем і пацієнтом, а в магнетичному флюїді бачив єдиного посередника між лікарем і хворим. З позицій сьогоднішнього дня ефект магнетичної терапії пояснюється тим, що в «магнетичній» ситуації хворий регресує до конфліктів свого раннього дитинства.

Відчуття, що він переживає, виражаються не у формі словесних реакцій («ти мені набрид», «мені неприємно на тебе дивитись, ось піду зовсім»), а через відповідні психосоматичні симптоми (блювання, пронос, зомління і т.ін.). В основі лежить відігравання, яке здатне розрядити емоцію, що визвала симптом. У сучасній психотерапії існує «анаклітичний» метод психотерапії, при якому роль психотерапевта схожа на роль матері по відношенню до немовляти.

Пюїсегюр (1751-1825), учень Месмера, зробив крок у розумінні терапевтичних взаємовідносин, відкривши «магнетичний сомнамбулізм». Його метод дозволяв уникати конвульсивного кризу. Навіть впадаючи в стан пасивної покірності, хворий не втрачав здатності до розмови з лікарем. Залишаючись флюїдистом, Пюїсегюр надавав велике значення бажанню вилікувати пацієнта і хоча б в якомусь ступені врахувати його особистість.

Лікарі навіть на початку XIX століття відмічали особливості перебігу хвороби залежно від особистості хворого. Так, хірург наполеонівської армії Ларрей помітив, що у переможців рани загоюються швидше.

Середина XIX століття ознаменувалась у психотерапії важливим поворотом, пов'язаним зі зміною методики та появою нової теорії. Термін «тваринний магнетизм» шотландським лікарем Джеймсом Бредом був замінений на гіпнотизм. Нова назва більш тісно зв'язала гіпнотизм з медициною. Манчестерський хірург Бред вважав, що найбільш суттєва частина процесу відбувається «в самому суб'єкті» без впливу якої-небудь зовнішньої сили. Він висунув «психонейрофізіологічну теорію», яка базувалась на модній у той час «міфології мозку». Джеймс Бред зводив все до мозкових механізмів, чим пояснюється повна зневага афективних факторів у відношенні між лікарем і хворим. Азам, хірург з Бордо, незабаром став використовувати гіпноз для анестезії. Інший хірург - Брока у госпіталі Неккера 5 грудня 1859 року провів хірургічну операцію під гіпноанестезією. Після початку застосування ефіру для наркозу, метод гіпноанестезії перестав використовуватись, але інтерес лікарів до психотерапії не зменшився, а перемістився в іншу сферу медицини – в неврологію.

В 1882 році практикуючий лікар Йосиф Бреєр, використовуючи гіпноз з пацієнткою Анною О., помітив, що після того, як пацієнтка під час сеансу розповідала про події, які супроводжували появу симптому захворювання, симптом зникав. Цей випадок широко відображений у літературі. Такий ефект Бреєр назвав древньогрецьким словом «катарсис» (очищення). За поняттям «катарсису» крилась гіпотеза, що симптоми захворювання виникають внаслідок того, що хворий відчував напруження, афективно заряджений потяг до дії, але стримується. Симптоми (страхи, спазми, болі та ін.) символічно заміщають ці нереалізовані, але бажані дії. Енергія спонукання розряджається, «застрягаючи» в органі, внаслідок чого той починає ненормально працювати.

Пізніше разом Бреєр і Фрейд підготували книгу «Дослідження істерії». А тоді, в 1885 році, зацікавившись можливостями гіпнокатарсису, Фрейд декілька місяців навчався гіпнозу в Парижі у знаменитого невролога Шарко. Саме Шарко наштовхнув Фрейда на думку, що дивацтва в поведінці невротика хороняться в особливостях його статевого життя. Як прекрасний знавець будови нервової системи, її клітин, волокон, Фрейд спробував відобразити теоретичну схему процесів, які відбуваються в нервовій системі, коли її енергія не набуває природного виходу, а розряджається на шляхах, які ведуть до порушення роботи органів зору, слуху, м'язового апарату. Один з описаних Фрейдом випадків привернув увагу І.П. Павлова і дав імпульс до розроблення його концепції експериментальних неврозів.

На відміну від гіпнотизерів кінця XIX століття, яких цікавили у сфері гіпнозу головним чином «фізіологія» та експерименти, Фрейд хотів вилікувати, і власні невдачі у використанні гіпнозу та навіювання підштовхнули його до нових гіпотез. Вважається, що Фрейд не володів так майстерно гіпнозом, як Бреер, і тому був незадоволений результатами своєї роботи, але він помітив, що не обов'язково було проводити гіпноз, щоб домогтися спогадів про випадок, який травмував. Це допомогло йому звернути увагу на метод «вільних асоціацій». Використовуючи вільні асоціації, тлумачення сновидінь, які він вважав «царською дорогою в несвідоме», тлумачення помилок, описок і обмовок, Фрейд досягав подолання опору без гіпнозу. Крім того, аналізуючи ще випадок лікування Бреером Анни О., Фрейд відмітив особливе відношення, яке відмічалось у пацієнтки до лікаря. Так, було описано трансфер (перенесення почуттів від значимої людини в житті хворого на лікаря).

Зигмунду Фрейду належить відкриття та описання прегенітальної сексуальності, яка, на його думку, формує характер людини. Кожному індивіду Фрейдом приписується оральна, анальна, уретральна та інша еротика. Фрейд підкреслював, що констатація відповідного цим еротикам душевних комплексів не означає судження про нормальність чи невроз. З Фрейда дав поняття «лібідо» як силі, що кількісно міняється, яка може виміряти всі процеси та перетворення в ділянці сексуального збудження. Відділення лібідозної психічної енергії від іншої виражається положенням, що сексуальні процеси організму відрізняються від процесів харчування організму особливим хімізмом. Фрейд відносився до терапії і як експериментатор, і як лікар. Він підкреслював, що психоаналіз можна вивчити на прикладі одного хворого. Фрейд не займався психотерапією дітей, але, навчаючи батьків правильному ставленню до гри дітей, він досягав терапевтичних результатів. Йому належить пропозиція уважно відноситись до дитячих ігор.

Психотерапевтична робота з дітьми та використання гри в терапії починається з клінічного випадку маленького Ганса, описаного Фрейдом в 1909. Фрейд бачив Ганса лише один раз під час короткого візиту. Лікування полягало в тому, що він пояснив батьку хлопчика, як реагувати на поведінку хлопчика, виходячи із своїх спостережень за грою Ганса.

Розвиток вчення Фрейда відбувся в роботах швейцарського психіатра Карла Юнга (1875-1961). Засновник аналітичної психології Карл Густав Юнг належить до класиків психологічної науки XX століття. Його роботи вміщують глибоко розроблену теорію структури та динаміки психічного - свідомого та несвідомого, докладну теорію психологічних типів і детальний опис універсальних психічних образів, що беруть свій початок в глибинних шарах підсвідомої психіки.

Юнг великого значення надавав психофізіологічним процесам. У «Тевістоцьких лекціях» К. Юнг наводить результати дослідження функції дихання під час асоціативного експерименту. Він показав чіткий взаємозв'язок між вербальною, емоційною та вегетативною системами. Як із зовнішнього зародкового листка в процесі подальшого розвитку виникає не тільки мозок, а й органи чуття та багато іншого, так і в ранній інфантильній сексуальності Юнг бачив як задатки майбутньої функції сексуальності, так і зав'язь піднесення духовних функцій. Психотерапія за Юнгом полягає в навчанні розумінню. З точки зору Юнга, психоаналіз у дітей, «на навчаючи розумінню», служить для розв'язання дитячих конфліктів.

Значний вклад у розвиток дитячої психотерапії внесла Мелані Кляйн. У 1919 році Кляйн стала використовувати ігрову техніку, як засіб аналізу для роботи з дітьми молодше 6 років. Вона вважала, що дитяча гра так само направляється прихованими мотиваціями та вільними асоціаціями, як

поведінка дорослих. М.Кляйн вперше забезпечила ігрову кімнату іграшками, матеріалами для вирізання та малювання, водою та піском. Вона розглядала все, що робить дитина під час сеансу як прояв переносу та бачила основну задачу психотерапевта в інтерпретації символічного контексту гри дитини на основі комбінованої теорії розвитку дитини та походження симптомів. Кляйн приділяла значну увагу взаємовідносинам матері та дитини в ранньому дитинстві. Психотерапія за Кляйн полягає в «аналізі тривоги і захисту, пов'язаних із заздрістю та деструктивними імпульсами, чим можна досягти успіху в інтеграції».

Одночасно з М. Кляйн дочка З. Фрейд Анна Фрейд стала використовувати гру для того, щоб встановити контакт з дитиною. А. Фрейд для розуміння конфліктів дитини використовувала систематичне спостереження за грою та її інтерпретацію у вигляді вільного обговорення. На відміну від М. Кляйн, вона підкреслювала, що перед тим як приступити до тлумачення несвідомих мотивацій, які приховуються за малюнками та грою дитини, дуже важливо налагодити емоційний контакт між дитиною та терапевтом. А. Фрейд розділяла погляди Кляйн на перенесення в дитячому аналізі. Вона розглядала терапевта не тільки в якості реципієнта проєкцій, але й як реальну особистість і навіть вчителя дитини-пацієнта. Як вважала А. Фрейд, для дітей з «его-дефіцитом» особливо важливі фактори нетрансферних взаємовідносин. У таких випадках терапевт виступає в якості допоміжного «Его». Для всіх дітей терапевт – не тільки інтерпретатор, але і модель для ідентифікації, людина, що дає модель для ідентифікації, людина, що дає заохочення, а також посередник між дитиною та батьками. На відміну від М. Кляйн, А. Фрейд вважала, що роль іграшок в терапії перебільшена. Вона не вважала психоаналітичний процес чимось унікальним.

Ідеї М.Кляйн набули розвитку в роботах Д. Віннікота. Дональд Віннікот, педіатр і психоаналітик, вважав, що проблеми емоційного здоров'я дитини криються у взаємовідносинах дитини та матері. Він вводить поняття «досить хороша мати». «Досить хороша мати» в перші тижні після народження знаходиться в стані первинного почуття материнства - стані підвищеної чутливості. Цей стан дозволяє матері створити для дитини умови для розкриття власних тенденцій розвитку та її перших спонукань індивідуального емоційного життя. Мати дає фрустрації, стикаючись з якими дитина відчуває реальність оточуючого середовища. Мати сприяє становленню структури «Я сам» - персоналізації. З точки зору Віннікота, мати повинна не тільки дати молоко, але й дозволити себе жадно хватати. Якщо дитина не переживає індивідуальний досвід - порушується структура «бажання хотіти». Він вважав, що для дитини мати - це і об'єкт, що здатен задовольнити потреби, і «оточуюче середовище» (мати активно піклується). При цьому «хороший об'єкт нічого не дає, якщо дитина не створює його сама». Дитина живе ілюзією «мати та її груди - частина дитини». Якщо мати неадекватно відповідає – не відбувається катексису (заповнення) зовнішнього об'єкта – як результат дитина відчуває себе ізольованою, це сприяє формуванню фальшивого викривленого «Я-сам» з метою приховати первинну «Я-сам», щоб не бути знищеною. Фальшиве «Я-сам» зберігає у дитини надію, що несприйнятлива ситуація, яка привела до заморожування в стані регресії, знову відтає в результаті активного материнського піклування та знову повернеться адекватне зовнішнє середовище. Порушення поведінки та невротичні прояви Віннікот пояснював ранньою депривацією - антисоціальні тенденції допомагають дитині звернути на себе увагу та досягти піклування про себе (знайти втрачений об'єкт). Велике значення Віннікот надавав вихованню за допомогою деілюзування через постійне збільшення числа відмов з боку матері, що супроводжується зростаючою здатністю дитини врівноважувати

виникаючий дефіцит шляхом зростання психічної активності. При цьому роль батька - створити матір в очах дитини більш людяною.

Дональд Віннікот розробив оригінальний і досить ефективний метод допомоги дітям з невротичними конфліктами, а також їх батькам в амбулаторних умовах. Він просив батьків розповісти про проблему, її розвиток, фон, і проводив одну тривалу співбесіду, використовуючи свою знамениту гру в зигзаги як головний засіб спілкування. Він і дитина по черзі малюють на папері зигзаг, потім ще один для доповнення картинки, після чого обмінюються враженнями про те, що тут зображено. Подальше спостереження він часто здійснював по телефону.

Карл Роджерс вважав, що психотерапевт безпосереднє бере участь у досвіді хворого завдяки створенню умов для відчуття їм почуття безпеки й особливої манери розмови, в якій пацієнт вчиться вирішувати свої проблеми власними силами. Ці ідеї отримали розвиток у направленні недирективної ігрової терапії, яка повинна допомогти дитині побачити, усвідомити саму себе, свої переваги та недоліки, труднощі й успіхи.

Серед психотерапевтів слід назвати Вірджинію Акслін, яка використовувала недирективну терапію Карла Роджерса в дитячій практиці. Вона була впевнена, що кожний індивідуум має власний потенціал для самореалізації, тому мета ігрової терапії – вивільнити цілющий потенціал кожної дитини. Вона вважала, що не заохочуючи до терапії батьків, за допомогою ігрової терапії можна допомогти дитині через інсайт і саморозуміння стати сильнішим і набути здатності опиратись навіть складним умовам життя.

Значний вклад у психотерапію вніс Е. Еріксон. Еріксон спостерігав за життям індіанців в резерваціях і збирав фактичний матеріал для практичної роботи. В індіанців Еріксон виявив синдром неврозу, який важко було пояснити з точки зору класичного психоаналізу (основним джерелом душевних конфліктів індіанця він вважав відірваність від корнів, розрив між образом життя та тим, що збереглося в переказах племені).

Е. Еріксон відмітив, що поряд з описаними Фрейдом фазами психосексуального розвитку (оральною, анальною, фалічною та генітальною), в ході якого міняється направлення потягу від аутоеротизму до зовнішнього об'єкта, існують і психологічні стадії розвитку «Я», в ході якого індивід устанавлює основні орієнтири по відношенню до себе та свого соціального середовища. Еріксон вважав, що становлення особи не закінчується в підлітковому віці, а розтягується на весь життєвий цикл. Кожній стадії характерні свої власні параметри розвитку, здатні приймати позитивні та негативні значення.

Велике значення на розвиток психотерапії справили роботи Якоба Морено. Морено відмітив, що ігри дітей, якщо вони направляються освіченим психотерапевтом, є могутнім лікувальним фактором; завдяки визначеним стандартним ігровим сюжетам і так званим «рольовим іграм», дитина в процесі гри звільняється від багатьох страхів, порушень поведінки, прихованого емоційного напруження.

Девід Леві свій підхід структурованої ігрової терапії рекомендував для роботи з дітьми, які пережили психотравмуючий випадок. Як він вважав, гра дає дітям можливість відреагувати. Терапевт створює такі умови, щоб спеціально підібрані іграшки допомогли дитині відновити свій досвід, який викликав у нього реакцію тривоги.

У кінці XIX століття психотерапія в Росії та на Україні розвивалась під впливом учень про гіпноз. Значну роль у розвитку російської психотерапії відіграла робота А.А. Токарського «Терапевтическое использование гипноза», що вийшла в 1890 р. в Росії. Пізніше цими питаннями стали

займались В.М. Бехтерев, Ю.В. Канабіх, Е.Н. Довбня, П.П. Под'янепольский, Л.І. Платонов, С.І. Консторум, В.М. М'ясищев та ін. З 20-х р. ХХ століття психотерапія почала розвиватись в рамках психоневрології та психіатрії.

У 20-30-ті р. ХХ століття психотерапія в СРСР з ряду причин відійшла на другий план, поступившись першістю біологічним дисциплінам. У цей час вважалося, що невроз – це буржуазний пережиток, психоаналіз – реакційна теорія, а психотерапія стоїть на позиціях психологізації. В Москві велику практичну роботу проводив Ю.В. Канабіх, використовуючи гіпноз, раціональну психотерапію, емоційно-стресову психотерапію за Дежериним, психоаналіз. Там же активно працював С.Т. Консторум.

У 30-40-ві р. психотерапія розглядалась тільки під кутом зору фізіологічного направлення І.П. Павлова, В.М. Бикова. Після війни психотерапія підтримувалась лише діяльністю ентузіастів санаторно-курортної мережі або роботу психотерапевтів виконували психіатри психоневрологічних диспансерів.

60-ті р. відзначились відкриттям кафедр психотерапії при медичних інститутах. Наприкінці ХХ століття в Росії та Україні психотерапія набула розвитку в роботах О.І. Захарова, Д.М. Ісаєва, М.І. Буянова, В.А. Скуміна.

Психотерапія – самостійна дисципліна, відмінна як від психіатрії, так і від психології. У країнах Євросоюзу сформульована, згідно т.з. Страсбурзької декларації (1990), як «особлива дисципліна з області гуманітарних наук, заняття якою є вільною і незалежною професією; психотерапевтична освіта вимагає високого рівня теоретичної і клінічної підготовленості; гарантованою є різноманітність терапевтичних методів; освіта в області одного з психотерапевтичних методів повинна здійснюватися інтегрально; включати теорію, особистий терапевтичний досвід і практику під керівництвом супервізора; одночасно отримуються широкі уявлення про інші методи; доступ до такої освіти можливий за умови широкої попередньої підготовки, зокрема, в області гуманітарних і суспільних наук».

Офіційно в Україні психотерапією може займатись тільки лікар, що отримав підготовку за фахом «психіатрія» і що пройшов подальшу перепідготовку з психотерапії. В той же час, слово «психотерапевт» часто використовується і для позначення людей, що здобули освіту в області одного з методів психотерапевтичної практики. Зазвичай це люди з вищою психологічною освітою. Це робиться по аналогії з європейськими країнами, де психотерапевтична підготовка є окремим видом освіти, не прив'язаним до медичної або психологічної вищої освіти. У сучасній психотерапії є безліч методик. До основних напрямків сучасної психотерапії, що використовуються у практиці, відносяться:

Арт-терапія – метод психотерапії, що використовує для лікування і психокорекції художні прийоми і творчість, такі, як малювання, ліплення, музика, фотографія, кінофільми, книги, акторська майстерність, створення історій тощо. Спектр проблем, при вирішенні яких може бути використана техніка арт-терапії, достатньо широкий: внутрішні та міжособові конфлікти, екзистенціальні і вікові кризи – травми, втрати, стресові розлади, невротичні розлади, психосоматичні розлади; розвиток креативності; розвиток цілісності особи; виявлення особистісних сенсів через творчість.

Ігротерапія – вид психотерапії, в якій спеціально навчений ігротерапевт використовує терапевтичну дію гри, щоб допомогти дорослому або дитині подолати психологічні і соціальні проблеми, що ускладнюють особовий і емоційний розвиток.

Тілесно-орієнтована психотерапія – область психотерапії, що включає десятки шкіл і напрямів, об'єднаних загальним поглядом на тілесні (фізіологічні) функції як невід'ємну частину цілісної особи нарівні з психічними і енергетичними феноменами. Психокорекція наявних психічних, фізіологічних або енергетичних порушень здійснюється за допомогою процедур тілесного контакту і/або використання тілесних функцій (дихання, рух, статична напруга тіла та ін.).

Когнітивна психотерапія – один з напрямків сучасного когнітивно-біхевіорального підходу в психотерапії, розроблений А. Беком, що спирається на положення про визначальну роль пізнавальних процесів (і в першу чергу мислення) у виникненні різного роду психологічних проблем і психічних відхилень (наприклад, депресії).

Екзистенціальна психотерапія – напрямок філософії (С. К'єркегор) і психології (Л. Бінсвангер), який зосереджений не на вивченні проявів психіки людини, а на самому його житті в нерозривному зв'язку зі світом і іншими людьми. При цьому основна увага приділяється базовим елементам існування: любові, смерті, самоті, свободі, відповідальності, вірі і т.ін. Метод допомагає справитися з депресіями, страхами, самотою, залежностями, трудоголізмом, нав'язливими думками і діями, спустошеністю і суїцидальною поведінкою, горем, переживанням втрат і кінцевості існування, кризами і невдачами, нерішучістю і втратою життєвих орієнтирів, втратою відчуття повноти життя і ін. Мета терапії – максимально повноцінне, насичене, осмислене існування.

Психоаналіз – група психологічних теорій і методів, направлених на систематизоване пояснення несвідомих зв'язків через асоціативний процес. Фундаментальний предмет психоаналізу – несвідомі мотиви поведінки, що беруть початок в прихованих сексуальних розладах.

Гештальт-терапія – напрям психотерапії, основні ідеї і методи якого розробив Ф.Перлз. Базова ідея методу заснована на здібності психіки до саморегуляції, на творчому пристосуванні організму до навколишнього середовища і на принципі відповідальності людини за всі свої дії, наміри і очікування.

Недирективний гіпноз – сучасний напрям гіпнотерапії, запропонований М. Еріксоном. На відміну від класичного гіпнозу, де гіпнотизер поводить упевнено і явно домінує, примушуючи клієнта підлаштуватися під шаблон поведінки, що задається ним, у разі непрямого гіпнозу на перший план виходить можливість гіпнотизера підлаштуватися під клієнта.

Альтернативні традиційні і нетрадиційні методи

Основними школами і методами альтернативної психотерапії є:

лікувально-оздоровчі системи Китаю (Чжень-цзю, Цигун), Індії (Аюрведа), Кореї (Су джок), Японії (Рейки) і інших країн Сходу;

традиційні школи європейської натуропатії і поведінкова терапія – режим, спосіб життя (В.Прістніц, С.Кнейп, Й.Шрот, Х.Бенджамен і ін.);

народна медицина слов'ян (парна лазня, лікування медом, глиною, піском);

фітотерапія, ароматерапія ефірними маслами рослин (інгаляції, ванни, масаж);

дієтотерапія (вегетаріанство, монодієти, нутрицевтика, харчові біологічно активні добавки, макробіотика, очисна терапія);

металотерапія, лікування мінералами, каменями (літотерапія), постійними магнітами;

музикотерапія, танцювальна, ритмічна і звукова терапія;

гомеопатія (С. Ганеман), діагностика і лікування по р.Фоллю, гомотоксикологія (Г.Рекеверг);

біологічний зворотний зв'язок, біорезонансна терапія;

фаунотерапія (гірудотерапія, апітерапія, іпотерапія і кумисолікування, дельфінотерапія).

Значна частина прийомів і методів альтернативної психотерапії заснована на світоглядних позиціях і національних архетипах, багато в чому обумовлених специфічними природно-географічними, етно-культуральними, соціально-економічними чинниками. Глобалізація і інформаційний прогрес сприяють зростанню інтересу до природних методів, що сформувалися в різних куточках нашої планети. В рамках інтеграційних тенденцій, паралельно суворим стандартам доказової психотерапії, стають все більш привабливими оздоровчі системи Сходу, а також традиційні школи європейської натуропатії.

Враховуючи значущість традицій і ефективність фізичних лікувальних засобів, аргументовану тривалими емпіричними спостереженнями, вказані методи визначені в загальній структурі сучасної офіційної психотерапії як «доповнюючі методи». Застосування комплементарних методів дозволяє повніше використовувати весь діапазон лікування і профілактики і сприяє досягненню основної мети – підвищення якості життя людини, її творчого і духовного потенціалу.

Тема №2. Принципи та методи організації психотерапевтичного процесу.

Мета вивчення: Опанування бакалаврами з психології знаннями щодо загальних принципів та методів організації психотерапевтичного процесу.

Питання до розкриття

1. Методологічна основа психотерапії.
2. Цілі та завдання психотерапії на сучасному етапі розвитку суспільства.
3. Вимоги до умов проведення різних видів психотерапії.

Історія психотерапії йде в далеке минуле. Ще Гіппократ представив типологію темпераменту і вважав слово одним з лікувальних засобів. Проте власне наукові обґрунтування, що дозволяють розглядати психотерапію як наукову дисципліну, почали накопичуватися лише в минулому столітті. Особливо бурхлива еволюція спостерігається в психотерапії за останнє десятиліття, коли нові наукові розробки і дослідження дозволили побачити в психотерапії саме наукову дисципліну, а не просто сукупність методів, заснованих на особистих свідченнях або системі переконань, створеній тією або іншою «школою», що може мати більше загального з релігійними уявленнями, чим з відкритим науковим підходом.

Питання про те, який метод психотерапії є науковим або ненауковим, залишається відкритим до теперішнього часу, оскільки, не дивлячись на отримання нових, точніших наукових результатів, ще багато завдань в одному з найбільш складних підходів до людини - психотерапії залишаються невирішеними. Не можна також спрощувати проблему науковості в психотерапії до положення, що заняття дипломованого фахівця лікаря або психолога є науково обґрунтованими, а інших осіб - ненауковими. Як загальна передумова наукового і ненаукового підходів в психотерапії можна представити таку, при якій у ненауково працюючих психотерапевтів пізнавальні (когнітивні) структури побудовані на основі особистого досвіду тоді як застосування науково обґрунтованих психотерапевтичних методів спирається на сучасні теоретико-методологічні наукові знання.

Відомо, що багато психотерапевтичних методів, що використовуються в сьогоденні виникли під впливом теорій загальної психології, а з'явилися похідними від особистої інтуїції і досвіду. У багатьох таких випадках наукове обґрунтування відсутнє. Під психотерапією зазвичай розуміється або ряд методів, які включають психологічні засоби для лікування психічних розладів, або практичну роботу тих, хто використовує ці методи. Така диференціація відповідає відмінностям між методологічними нормами і психотерапевтичною практикою. Психотерапевтичні методи можуть інтерпретуватися як методологічні норми, якщо їх опис містить інформацію про ситуацію, що ініціює, і діагнозі проблеми, терапевтичних цілях, пропонованих психотерапевтичних діях. Різні особові характеристики, умови оточення і т.д., які важливі для даного типу лікування, також можуть бути частиною первинної ситуації або розуміння проблеми. Пропозиції для терапевтичних дій можуть бути у вигляді простих або складних втручань, як і при використанні терапевтичних субстратегій, таких, наприклад, як фокусування, інтерпретація або конфронтація.

Додатково потрібно знати про те, які дії можуть бути реалізовані і за яких умов (в межах терапевтичного процесу), а також - з якою метою. Визначення показань до

застосування тих або інших методів є загальним правилом дій, вказуючим, які заходи є оптимальними за актуальних умов, і включає предиктори можливості успіху відносно одиничного випадку. Методи науково не обґрунтованої психотерапії зазвичай не мають точних свідчень, їх цілі недостатньо ясні (тому питання про ефективність не може ставитися), часто буває важко зрозуміти терапевтичну стратегію дій і припустити їх результат. Це означає, що така психотерапія не може бути реконструйована у вигляді методологічно обґрунтованої норми.

При лікуванні психічних розладів ми, як правило, не маємо справи з точно певними феноменами, і методи психотерапевтичного втручання часто є не методологічними нормами, а носять евристичний характер. Але евристичність може бути і системою методологічно обґрунтованих норм. Вона може включати напрями дій за певних початкових умов для досягнення певної мети. Однією з характеристик початкових умов, наприклад, може бути те, що проблема не цілком ясна. В цьому випадку напрям дій може починатися не з терапії, а з аналізу проблеми.

Мистецтво застосування норм науково обґрунтованої психотерапевтичної практики виявляється в здібності творчо настроєного психотерапевта свідомо і планомірно застосовувати доведені, узаконені знання, оцінені норми і евристичність. Активна особистість заповнює розрив між обґрунтованою базою знань, що є науковою, і тою, яка необхідна насправді, за допомогою власного знання, сформованого на основі особистого досвіду. Такі особисто створені норми, евристичність і каузальні атрибуції дії, що використовуються для пояснення ефектів, можуть бути помилковими. Але було б помилкою вважати, що психотерапевт не може опинитися терапевтично успішним на основі особистих знань.

Здібність до вирішення проблем у активного психотерапевта збільшується тільки за умови засвоєння ним нових знань. Проте цього не відбувається, коли психотерапевт набув досвіду в ухваленні помилкової каузальної атрибуції і залишається успішним в індивідуальних випадках психотерапії. Такі «природні таланти», сформовані особистим досвідом, несуть властиву ним небезпеку підстави терапевтичної школи, що базується на їх помилкових каузальних атрибуціях і уявленнях, особливо якщо вони володіють харизматичною зовнішністю і їх «особливі методи» пропонуються відповідно до смаків поточної моди. Привабливість таких концепцій, створених однією людиною, зазвичай є і результатом їх теоретичної простоти, прямій вірогідності і універсальності застосування, тобто тими характеристиками, які заповнюють людську потребу у ясності і простоті, незаперечності тверджень.

На противагу цьому наукова основа поведінки психотерапевта є комплексною, відкритою для подальшого розвитку і такою, що потребує ревізії. Для практичної психотерапевтичної діяльності недостатньо теоретико-методологічних і методичних знань. Ефективне рішення поведінкових, психологічних проблем передбачається не тільки за допомогою зміни знань, але також використанням розуміння умов формування і динаміки проблеми («обумовленого» знання). Розуміння ступеня наукової обґрунтованості психотерапії також залежить від соціально-історичних умов.

До теперішнього часу ми спостерігаємо уявлення про походження і лікування психічних розладів, які пов'язані з певними культурними особливостями, корінням, що йде в далеке минуле. Причини відмінності наукового знання від особистого, побутового знання і думки знаходяться поза особистим досвідом. Науковість залежить, окрім іншого, від обґрунтованості міжособовим досвідом, отриманим відповідно до норм наукової методології свого часу. Те, що наукове співтовариство певної епохи виділяє як гідне включення в структуру науки, залежить не тільки від соціологічних феноменів, але і від точних, доступних дослідженню результатів, досягнутих при прогресі знання.

Так, після робіт І.П. Павлова по умовних рефlekсах науковий світ інакше розглядає певні психологічні феномени. Таким чином, обґрунтування «технологій» в психотерапії

залежить від прогресу знань. У цьому сенсі науково обґрунтована психотерапія є відображенням свого часу.

На підставі уявлень Бунге і Перре як загальні критерії наукової обґрунтованості психотерапії можуть розглядатися:

1. Докази ефективності психотерапії. Ефективність психотерапії не може оцінюватися тільки суб'єктивно, ґрунтуватися лише на думці психотерапевта або пацієнта. Це вимагає складних, багатофакторних досліджень.

2. Обґрунтування психотерапії припущеннями, які не протирічат сучасним науковим даним. Цей критерій вимагає сучасних наукових знань не тільки в області психотерапії, але також по теоріям особистості і психопатології.

3. Застосування прийнятих теорій психотерапії, що науково пояснюють ефективність психотерапевтичного методу. Таке пояснення стосується перш за все методології психотерапії.

4. Етична законність психотерапевтичних цілей, за допомогою яких передбачається досягнення успіху. Визначення мети психотерапії може залежати від можливостей психотерапевта, особливостей пацієнта і умов проведення психотерапії.

5. Етична прийнятність психотерапевтичного методу. Важливість дотримання цієї умови особливо актуальна в даний час, коли не припиняється реклама і застосування різноманітних нетрадиційних і параклінічних екстрасенсорних, магічних, релігійних і ін. (по суті психологічних) методів дії на людину. Різні екзотичні і малоефективні види психотерапії залишаються в арсеналі і дипломованих спеціалістів.

6. Витрати на метод, необхідні для досягнення успіху. В даний час охорона здоров'я навіть економічно найбільш розвинених країн не може повністю оплачувати деколи необхідне довготривале психотерапевтичне лікування. Другою проблемою є вибір тривалості психотерапії залежно від її ефективності, що також пов'язане з економічними показниками. Фінансова сторона психотерапії, як наголошувалося вище, може розглядатися і з етичних позицій.

7. Вірогідність і характер очікуваних побічних ефектів. Даний критерій особливо важливий для клінічної психотерапії. Науково обґрунтована психотерапія, що ясно представляє механізми впливу, цілі, завдання і можливості, може передбачати результати своєї дії і уникнути небажаних або шкідливих наслідків, які все ще не рідкість в психотерапевтичній практиці. Швидка еволюція психотерапії спостерігалася в останніх 10 років, коли відпрацьовувалися і активно апробувалися теоретико-методологічні і методичні позиції психотерапії як наукової дисципліни, а розвиток суміжних наукових областей дозволив удосконалити і прискорити комп'ютерні і математико-статистичні способи і методи збору і обробки теоретичного і практичного матеріалу. Різко зросло число наукових публікацій, особливо по приватних питаннях психотерапії. Разом з цим є нечисленні строго наукові роботи узагальнювального характеру, підстав для створення яких раніше не було.

Як загальні наукові досягнення сучасної психотерапії виділяють наступні положення:

1. Перевищення загального ефекту психотерапії над ефектом спонтанних ремісій.

2. Позитивність загального ефекту психотерапії.

3. Перевищення ефекту психотерапії над ефектом плацебо-контроля.

4. Варіювання результатів навіть при гомогенних дослідженнях, що розглядається як наслідок дії чинників, пов'язаних з психотерапевтом, а не з психотерапевтичною технікою.

5. Демонстрація відносної еквівалентності результатів при великому числі використаних методів психотерапії, терапевтичних змінних і тимчасових умов.

6. Демонстрація унікальної ефективності небагатьох форм психотерапії при специфічних порушеннях.

7. Показ інтерактивної і синергетичної ролі медикаментів при проведенні психотерапії.

8. Показ особливої важливості взаємин психотерапевт-пацієнт для прогнозу результату і досягнення можливої позитивної особової зміни пацієнта.

9. Документування негативних ефектів при психотерапевтичному лікуванні і вивчення процесів, які приводять до погіршення стану пацієнтів. Безперечні наукові досягнення сучасної психотерапії і збільшення їх числа - найважливіша умова перетворення психотерапії в справжню наукову дисципліну.

Психотерапія є специфічним методом лікування, оскільки лікувальний ефект тут досягається не фізичними або клінічними властивостями лікувального чинника, а тією інформацією і емоційним зарядом, які вона в собі несе. Мова йде саме про специфічну, психічну дію на людину.

Відбувається експансія психотерапії в «неклінічну» сферу (реадаптація, кабінети соціально-психологічної допомоги, кабінети сімейних відносин). Досить широко використовуються зараз окремі методи психотерапії (емоційно-психологічне розвантаження, психорегуляція, аутогенне тренування) в спорті, на виробництві, при підготовці космонавтів і членів експедицій. Більш того, багато методів психічної дії давно використовуються служителями релігії, в політиці і економіці (реклама) і так далі.

Раніше психотерапією займалися в основному невропатологи і психіатри. Зараз психотерапія вийшла за рамки психіатрії і невропатології. Ідеально, коли психотерапією займається клініцист. Але в тих випадках, коли психотерапевт практикує самостійно, він зобов'язаний знати ті захворювання, які лікує. Перш ніж почати лікування, він повинен уміти правильно встановити діагноз, чітко визначити свідчення і протипоказання до психотерапевтичного лікування, передбачати можливі ускладнення, грамотно вибрати саме той метод психотерапії, який «вписується» в комплексне лікування даного конкретного захворювання.

Під особливостями особистості, що відрізняють гарного психотерапевта від поганого, маються на увазі такі якості, як емпатія, щирість, теплота і доброта в спілкуванні з оточуючими, увага, вміння зрозуміти пацієнта і, поза сумнівом, артистичність.

Психотерапевтичний вплив однієї людини на іншу багато хто вважає мистецтвом. І в цьому є частка істини. Іноді говорять про природний психотерапевтичний талант, і це теж вірно. Проте не можна протиставляти мистецтво науці, а природжені здібності психотерапевта - знанням і вмінням. Щоб стати хорошим психотерапевтом, мало володіти потрібними особовими особливостями і природженими якостями - необхідно уміти розвинути їх в собі і навчитися ними користуватися.

Довгі роки ми сприймали нашу вітчизняну психотерапію як різні варіанти гіпно-сугестивної терапії. Тут у нас сформувалися свої поняття, своя термінологія. Виявилось, що навіювання і гіпноз - це ще не вся психотерапія. Зараз ми надолужуємо упущене. Настала пора наново знайомитися з психоаналізом, недирективною психотерапією, розмовною психотерапією, гештальт-терапією, освоювати трансактний аналіз і так далі. На перших порах ці нові поняття і терміни «ріжуть слух», дратують, сприймаються негативно. Куди легше і спокійніше оперувати такими звичними поняттями, як процеси гальмування і роздратування, застійні вогнища збудження, домінанта, «сторожовий пункт». Значно важче, часом з негативним емоційним забарвленням, сприймаються терміни: опір, трансверс, робочий альянс, психоаналітична ситуація або такі поняття, як колективне несвідоме, архетипи, аніма і анімус і тому подібне.

Від психотерапевта вимагається висока культура, порядність і принциповість. Ці якості викликають у клієнта пошану і довіру, а це вже половина успіху в лікуванні. Велике значення для психотерапевта має культура мови. Мова терапевта повинна бути граматично правильною, вільною від всяких вульгарних оборотів, від незрозумілих

клієнтові термінів. Психотерапевт повинен уміти не тільки просто і переконливо говорити, але уважно і терпляче слухати. Вислухати клієнта - означає вже полегшити його стан.

Незалежно від підходу психотерапевт повинен володіти навиками грамотного вислуховання клієнта, сумісного формулювання (або переформулювання) проблеми, встановлення емоційного контакту, довіри, певних тимчасових рамок спільної роботи і так далі.

Одне із завдань психотерапії, одночасно етичне і професійне, є допомога клієнтові в досягненні незалежності від терапевта і здібності до подальшого самостійного життя. Обов'язковим в професії психотерапевта є збереження конфіденційності, пошана пацієнта і його життєвих цінностей, а також невикористання роботи з пацієнтом для вирішення своїх власних психологічних проблем.

Якщо раніше вважалося, що головним чинником лікування було розуміння клієнтом причин своїх проблем, то наукові дослідження останнього часу показують - основним чинником психотерапевтичного процесу і результату є раніше всього відношення між терапевтом і клієнтом. Чим емоційно інтенсивніше за відношення, тим ефективніше психотерапія незалежно від підходу, школи, прийомів роботи. Це контрастує з переконаннями минулого століття, коли психотерапія вважалася професією медичною, пацієнт сприймався як хворий, а взаємини між лікарем і пацієнтом вважалися не головними.

Основні завдання психотерапії.

1. Самопізнання. В процесі лікування пацієнт дізнається більше про себе, краще усвідомлює свої думки, відчуття, мотиви своїх вчинків. Людина з психологічними проблемами схожа на того, хто заблукав в лісі. Заблукав він сам, він сам йшов не в тому напрямі, але він не знає – як він йшов, і він не хотів придти туди, куди прийшов. Чим краще людина дізнається себе, тим краще вона розуміє - що вона зробила не так, як потрапила в цю ситуацію і відповідно – що треба зробити, щоб виходило так, як хочеться. Чим краще людина дізнається себе, тим більше повноправним господарем себе вона стає.

2. Відреагування «негативних» емоцій. Багато людей, а особливо, страждаючі невротами і психосоматичними захворюваннями, прагнуть тримати свої «негативні» емоції усередині. В результаті вони накопичуються, не знаходячи виходу назовні, звертаються всередину, «роз'їдаючи» самого пацієнта. Під час психотерапії пацієнт має можливість усвідомити і відреагувати свої «негативні» емоції.

3. Навчання новій поведінці. Під час проведення психотерапії пацієнт може «поставити експеримент», спробувати нові форми поведінки, які в житті не ризикував застосовувати. «Поставивши експеримент» в «лабораторних умовах» під час психотерапії, людина може виявитися задоволеною або незадоволеною його результатами, і узяти або не узяти нову поведінку з собою в життя. У будь-якому випадку, пробувати нову поведінку під час психотерапії значно безпечніше, ніж в житті.

При наданні первинної допомоги психотерапія може бути корисна клієнтам з недавно виниклими емоційними порушеннями або пацієнтам, яким потрібно допомогти примиритися з фактом наявності невиліковної соматичної або психічної хвороби і адаптуватися до її наслідків.

Якщо мова йде про вибір між індивідуальною, груповою або сімейною психотерапією, то на даному етапі можна затверджувати наступне: застосування індивідуальної терапії найдоцільніше у разі специфічних проблем, на яких може бути зосереджене увага при короткостроковому лікуванні. Вона переважна також для клієнтів, які в групі відчували б себе ніяково із-за соромливості або унаслідок характеру своїх проблем (наприклад, сексуальних). У решті всіх випадків для клієнтів, чий проблеми в основному стосуються взаємин з іншими людьми, індивідуальне і групове лікування звичайне в рівній мірі ефективно.

Використання сімейної психотерапії виправдане, коли емоційні проблеми зачіпають,

перш за все, взаємини між двома партнерами по браку. Сімейна психотерапія може бути застосована, якщо труднощі, що виникають у дитини старшого віку або у підлітка, відображають проблеми, присутні у його батьків.

Основні елементи психотерапевтичної роботи можна проілюструвати у загальних рисах на прикладі короткострокової терапії, яка зазвичай проводиться психотерапевтом протягом декількох місяців при наданні допомоги клієнтові, чії проблеми в основному пов'язані з міжособовими взаєминами

Після проведення клінічної бесіди і збору анамнестичних даних в першій фазі з клієнтом обговорюються питання про те, на які саме аспекти його проблем повинна бути направлена терапія, які цілі при цьому досяжні і наскільки тривалим буде курс (як правило, при короткостроковій терапії проводиться від 6 до 12 сеансів - залежно від складності проблем). Підкреслюється, що клієнтові допоможуть відшукати своє власне вирішення проблеми і роль психотерапевта полягає не в тому, щоб забезпечити готовими рішеннями, а в тому, щоб підвести його самого до їх знаходження.

Клієнта просять розповісти про одну з проблем, вибраних для розгляду. Його спонукають наводити характерні приклади подій, які можуть бути детально проаналізовані, з метою з'ясувати, як він думав, що відчував і як діяв у той час. В ході такої бесіди зазвичай використовуються різні «підказки», а також інші прийоми, по суті аналогічні вживанню при проведенні опиту.

Для того, щоб спонукати клієнта міркувати про свої труднощі вголос, клінічному психологові не потрібно багато говорити. Необхідно підводити до емоційно хворобливих тем, ненав'язливо переконуючи його не уникати їх, розглядати свою власну роль в будь-яких труднощах, причини яких він бачить в діях інших людей, а також прагнути виявити загальні проблеми в тому, що він описує. Часом психолог допомагає озирнутися на своє життя, щоб виявити джерела нинішніх форм поведінки, просить подумати, чи властиві йому до цих пір форми поведінки, що мали раніше певну мету, а зараз вже безцільні. Нарешті, він заохочує клієнта до розгляду альтернативного образу мислення і прийнятнішої моделі поведінки в скрутних ситуаціях.

В процесі роботи психолог приділяє невербальній поведінці клієнта не менше уваги, чим його словам, оскільки розбіжності між ними часто указують на проблеми, які не виражені прямо. Він також стежить за можливою появою ознак, що свідчать про надмірну емоційну прихильність до психотерапевта або психолога. Якщо є підстави припускати, що така прихильність сформувався, це питання обговорюється з клієнтом.

Разом з цим психолог повинен постійно контролювати свої власні емоційні реакції по відношенню до клієнта, переконавшись в тому, що не залучений надмірно в його проблеми і в той же час не відчуває до нього неприязні. Якщо психолог або психотерапевт виявляє, що переживає подібні почуття, він повинен спробувати з'ясувати, чому це відбувається, при необхідності обговоривши ситуацію з колегами.

У середній фазі терапії клієнт продовжує говорити про проблеми, які виділив на початку, і аналізує поточні приклади. Психолог указує на будь-які форми поведінки, що повторюються, і співвідносить їх з розповіддю клієнта про його дитинство. Він також коментує емоційні реакції клієнта під час бесіди.

У міру того, як терапія добігає кінця, клієнт повинен відчувати, що він краще розуміє обрислені в початковій фазі проблеми, і все більш проникатися упевненістю в тому, що здатний справитися з ними самостійно. На цій стадії клієнт вже не повинен відчувати надмірної залежності від психолога або психотерапевта, але все таки у багатьох випадках доцільно полегшити для нього розставання, призначивши на наступний період декілька зустрічей з інтервалом в два-три місяці.

Методики, використовувані при інших формах психотерапії, відрізняються від цієї основної методики в декількох відносинах.

По-перше, багато довгострокових видів терапії починаються, здавалося б, безсистемно: клієнта просто просять говорити про все, що йому приходить в голову, з

розрахунку на те, що його проблеми і цілі терапії з'ясуються пізніше. По-друге, типи терапії розрізняються по кількості і характеру пояснень, пропонуваних психотерапевтом. У випадку тільки що описаної простої терапії пояснення спирається, як правило, на здоровий глузд. При інтенсивніших методах воно будується на базі якої-небудь теорії психологічного розвитку, наприклад, на основі психоаналізу. Найчастіше формулювання, що базуються на теоретичних схемах, не даються в цілому, а підносяться по частинах, у формі коментарів про джерела поведінки і відчуттів, у міру того як вони поступово з'ясовуються в процесі співбесіди. По-третє, види терапії розрізняються по ступеню уваги до аспектів, що не відносяться до повсякденного досвіду.

При деяких методах терапії фантазії людини (у формі розповідей про сновидіння, малюнків) широко використовуються для того, щоб спонукати її до дослідження тих аспектів власної особистості, про які вона раніше і не підозрювала. По-четверте, форми терапії розрізняються по ступеню, в якому відносини між клієнтом і психологом заохочуються до розвитку перенесення, що потім може бути використане з метою, допомогти йому глибше пізнати власні відчуття і реакції.

При всіх формах психотерапії психотерапевт або психолог прагне допомогти клієнтові в подоланні емоційних проблем, поєднуючи вислуховання і вислів. У цьому процесі перше, як правило, важливіше другого, оскільки головна мета терапії - допомогти пацієнтові краще зрозуміти себе. Для клієнта частиною цього процесу є роздум вголос, що добре допомагає прояснювати ідеї, раніше не сформульовані в словесній формі, а також що дозволяє усвідомити нерозпізнані до того зв'язки між певними аспектами відчуттів і поведінки.

Відновлення морального стану - важлива частина роботи психолога з клієнтом, оскільки більшість одержуючих психологічну допомогу багато разів переживали невдачі і були деморалізовані, втративши упевненість в тому, що можуть самі допомогти собі. Вивільнення емоцій може бути корисне на ранніх стадіях терапії, якщо клієнт емоційно збуджений, проте, не слід багато разів використовувати цей прийом. Термін «відреагування» відноситься до методики, при якій досягається особливо інтенсивне і швидке вивільнення почуттів. Всі форми психологічної терапії включають раціоналізацію, яка допомагає зробити зрозумілішим розлад клієнта. Розумне пояснення такого роду може дати клінічний психолог або психотерапевт, розкриваючи його в подробицях (як при поведінковій, так і при короткостроковій психотерапії), або ж сам клієнт складаючи його з часткових пояснень і інтерпретацій (при психоаналітично орієнтованих формах психотерапії). Який би не був спосіб подачі розумного пояснення, проблема в результаті стає зрозумілішою, а це вселяє в клієнта упевненість в тому, що він зможе вирішити її.

Психотерапія завжди містить елемент навіювання. При гіпнозі воно спеціально культивується як головний засіб дії. При інших видах терапії навіювання, наскільки це можливо, усувається, оскільки його дія звичайно нетривало.

Тема № 3. Основні положення та методи психоаналітичної терапії.

Мета вивчення: Засвоїти уявлення про основні теоретичні положення та техніки психоаналітичної терапії.

Питання до розкриття

1. Теоретичні основи психоаналізу.
2. Основні правила психодинамічної психотерапії.
3. Основні стадії психоаналізу.
4. Базисні техніки: метод вільних асоціацій, аналіз сновидінь, інтерпретація, аналіз опіру, аналіз переносу.
5. Різновиди психоаналізу у сучасній психотерапії.

Однією з найвпливовіших ідейних течій ХХ ст. став психоаналіз. Виникнувши в рамках психіатрії як своєрідний підхід до лікування неврозів, психоаналіз спочатку не претендував на роль філософського вчення, яке розкривало б та пояснювало поряд із механізмами функціонування людської психіки також і закономірності суспільного розвитку. Але з часом його теоретичні положення та установки почали застосовуватись у філософії для пояснення особистісних, культурних та соціальних феноменів.

Досліджуючи психоаналіз як комплекс гіпотез та теорій, що пояснюють роль несвідомого в житті людини, слід виділяти три його аспекти: пізнавальний, соціально-культурний та лікувально-практичний. Розглянемо зміст першого та другого аспектів психоаналізу. Засновником психоаналізу в його класичній формі був австрійський психолог, невропатолог, психіатр Зігмунд Фрейд (1856-1939). Його теоретичні погляди сформувались під впливом традицій класичного природничо-наукового матеріалізму та еволюціонізму в той час, коли вже намітилась криза традиційних уявлень про психічне життя людини, коли з усією очевидністю виявилось, що неможливо розкрити таємницю буття людини, виходячи лише з її природних характеристик. Психоаналіз З.Фрейда був спробою синтезу двох напрямків дослідження природи людини: 1) розкриття психічних поривань внутрішнього світу, смислу людської поведінки; 2) аналізу впливу культурного та соціального середовища на формування психічного життя людини та її психічних реакцій. А це в свою чергу передбачало глибше вивчення структури особистості, оскільки, аналізуючи та оцінюючи людську діяльність, Фрейд повсякчас натикався на такі характеристики поведінки людини, які неможливо було пояснити особливостями її свідомого ставлення до дійсності та до самої себе.

Головним у психоаналізі стало виявлення несвідомого, його філософське осмислення та тлумачення. З. Фрейд, висувуючи свою концепцію несвідомого, підкреслював, що воно не було предметом дослідження класичної філософії та психології, а причину цього вбачав у культурі розуму та свідомості. Психіка ж людини, на його думку, роздвоюється на дві сфери: свідоме та несвідоме. Саме вони і визначають суттєві характеристики особистості. Поділ психіки на свідоме і несвідоме, писав З. Фрейд, є основною передумовою психоаналізу, і лише він дає змогу зрозуміти і піддати науковому дослідженню часто спостережувані і дуже важливі патологічні процеси душевного життя. Інакше кажучи, психоаналіз не може вважати свідоме сутністю психічного, а має розглядати свідомість як якість психічного, яка може приєднуватись чи не приєднуватись до інших його якостей.

Спочатку психіка у З. Фрейда була представлена трьома інстанціями: несвідоме, передсвідоме і свідомість. Несвідоме — це та частина психіки, де концентруються несвідомі бажання та витіснені із свідомості ідеї. Передсвідоме — це зміст душевного життя, який у даний час не усвідомлюється, але легко може стати усвідомленим (пам'ять мислення та ін.). Свідомість Фрейд пов'язував в основному із сприйманням зовнішнього світу. Джерелом психічної динаміки, за Фрейдом, є бажання сфери несвідомого, що прагнуть розрядки через дію. Але для цього необхідно, щоб вони включились у сферу свідомості, яка управляє реалізацією актів поведінки. Можливим же це стає лише за посередництва передсвідомого, яке здійснює цензуру бажань несвідомого. Цензура, за Фрейдом, це образне уявлення тих сил, які прагнуть не пропустити до свідомості несвідомі думки та бажання.

Пізніше З. Фрейд уточнює, що психічна діяльність несвідомого підкоряється принципу задоволення, а психічна діяльність передсвідомого — принципу реальності. Створивши теоретичну систему психіки, З. Фрейд мав довести її правомірність. З цією метою він виділяв певні приклади психічної діяльності, а саме: сновидіння, асоціативне мислення, гіпнотичне навіювання, дотепність, психопатологія буденного життя (забування імен, прізвиськ, загублення речей тощо). Теорія З. Фрейда про свідоме та несвідоме і стала основою психоаналітичної системи. Важливим складовим елементом фрейдівського психоаналізу було уявлення про лібідо. Спираючись на дані природничих

наук і дотримуючись біологічного стилю мислення, З.Фрейд головним рушієм поведінки людини вважав два інстинкти: самозбереження та сексуальний. Сексуальний інстинкт, лібідо, і став центральною ланкою психоаналізу. Лібідо, згідно з Фрейдом, — це психічна енергія, яка лежить в основі всіх сексуальних проявів індивіда, сила, що кількісно змінюється і якою можна вимірювати всі процеси та перетворення в сфері сексуального збудження. Вчення про лібідо є подальшим розвитком енергетичного підходу до психіки. Психічна енергія інтерпретується З. Фрейдом як енергія лібідо, а також субстанція, що кількісно змінюється. Інстинктивний імпульс може бути розрядженим у дію, витісненим (витіснення — це переведення психічного змісту із свідомості у несвідоме і збереження його у несвідомому стані) назад у несвідоме, або ж енергія сексуальних потягів відхиляється від прямої мети і спрямовується до несексуальних (соціальних) цілей. Цей останній процес Фрейд називає сублімацією. З точки зору вчення про лібідо процес психічного розвитку людини є за своєю суттю біологічно детермінованим процесом перетворень її сексуального інстинкту. Проте З. Фрейд з цілого ряду причин змушений був коригувати свою систему. Труднощі, пов'язані із зведенням усієї людської поведінки до проявів сексуальності, з одного боку, вплив подій першої світової війни (страждання людей, пов'язані не з сексуальними переживаннями, а з травмуючими їх випробуваннями війни) — з іншого, критика опонентів — з третього, змусили З. Фрейда дещо переглянути структуру інстинктів (воля до влади, сексуально-еротичний, інстинкти марнославства, агресивності та ін.).

Своєрідними і неоднозначними є уявлення З.Фрейда про суб'єктивну реальність людини. У праці «Я і Воно» (1923) він розгортає структурну концепцію психіки, виділяючи в ній три сфери: «Воно» (id), «Я» (ego) та «Над-Я» (super-ego). Під «Воно» Фрейд розуміє найпримітивнішу субстанцію, яка охоплює усе природжене, генетично первинне, найглибший пласт несвідомих потягів, що підкоряється принципу задоволення і нічого не знає ні про реальність, ні про суспільство. Вимоги «Воно» мають задовольнятися «Я». «Я», як вважав Фрейд, — це сфера свідомого, це посередник між несвідомим та зовнішнім світом, що діє за принципом реальності. «Я» прагне зробити «Воно» прийнятним для світу і привести світ у відповідність до бажань «Воно».

Особливого значення З.Фрейд надавав «Над-Я», яке є джерелом моральних та релігійних почуттів. Якщо «Воно» зумовлене генетично, «Я» — індивідуальним досвідом, то «Над-Я» є результатом впливу інших людей. «Над-Я» — це внутрішня особистісна совість, інстанція, що уособлює в собі установки суспільства. Ці теоретичні положення стали засадними для нового погляду на природу психічного.

Вчення З. Фрейда, не будучи філософським, містить у собі значний світоглядний потенціал, перш за все, завдяки специфічному осмисленню сутності людини і культури. Продовжуючи психоаналітичну практику, він від дослідження індивідуальної поведінки звертається до соціальної. Всю історію людства, соціальні події, суспільне життя Фрейд намагається тлумачити з позицій власної теорії психоаналізу та біогенетичного закону. За такого підходу індивідуальний розвиток людини відтворює основні стадії розвитку людського роду. Перехід дитини від одного віку до іншого повторює ті основні етапи, які в своєму розвитку пройшло людство.

Психіка, на думку З.Фрейда, — це засіб взаємозв'язку всіх епох. А соціокультурні стереотипи поведінки визначаються сімейно-сексуальними відносинами. При цьому буття людини тлумачиться як постійна боротьба між «інстинктом життя» (Еросом) та «інстинктом смерті» (Танатосом). Зводячи людське життя до «інстинктивних нахилів», Фрейд тим самим заперечує соціокультурні закономірності. Він вважає, що культура ґрунтується на відмові від задоволення бажань несвідомого і існує за рахунок сублімованої енергії лібідо. Процес культури, писав Фрейд, є справою Еросу, який прагне об'єднати окремих індивідів, потім сім'ї, потім племена, раси, нації в один великий союз — людство. Чому так має бути, ми не знаємо. Це просто результат роботи Ероса. Ці маси людей мають бути об'єднані за допомогою лібідо. Сама по собі необхідність та переваги

спільної праці не можуть утримати людей разом. Пояснюючи походження та сутність культури, З. Фрейд виходив із переконання в подібності закономірностей, індивідуальних та колективних психологічних явищ, а також із однаковості механізмів формування нормальних та патологічних виявів психіки. На цій підставі він зробив висновок, що релігію слід вважати загальнолюдським нав'язливим неврозом, аналогічним до відповідного дитячого неврозу укоріненого в комплексі Едіпа, це форма масового божевілля. (Комплекс Едіпа, за Фрейдом, сукупність неусвідомлюваних уявлень та почуттів, які концентруються навколо несвідомого потягу дітей до одного з батьків протилежної статі).

Вражений крахом культурних цінностей та насильницькою смертю десятків тисяч людей в роки першої світової війни, З. Фрейд в останні роки свого життя піддає сумніву багато завоювань цивілізації. Підкреслюючи трагічність існування людини в суспільстві, попереджаючи про можливість катастрофічних ситуацій у розвитку людства, Фрейд проводить ідею культурної танатології, тобто приреченості людської цивілізації. Він вважає, що людство розвивається неправильно, і тому не буде великої трагедії, якщо цивілізація загине. Психологічні та соціологічні погляди З. Фрейда вплинули на мистецтво, етнографію, психологію, на духовне життя західного суспільства в цілому. Цьому сприяли його безсумнівні досягнення. Після виходу праць З. Фрейда стало зрозуміло, що неусвідомлювані структури складають особливий онтологічний пласт психіки, цілком досяжний для наукового аналізу (раціональний аналіз ірраціональних потягів). Дослідивши складність та багатоплановість структури особи, він вперше побудував єдину, внутрішньо взаємопов'язану картину психіки. З. Фрейд увів до наукового обігу ряд ідей та проблем, які показали, що рівень свідомості є невіддільним від інших глибинних рівнів психічної активності, без вивчення природи яких неможливо зрозуміти природу людини; він запропонував не лише нові способи лікування хвороб, а й новий підхід до пізнання людини, її духовного світу. Але в психоаналізі З. Фрейда, як і в будь-якій іншій галузі знання, є невирішені питання: він не зміг до кінця розкрити роль соціального фактора у формуванні і розвитку свідомості та психіки людини в цілому; є в його концепції і такі положення, які з часом виявили свою обмеженість і практичну безперспективність

Цілі корекції. У основі психоаналітичної терапії лежить уявлення про те, що аномальна поведінка людини є наслідком неадекватної інтерпретації нею своїх відчуттів, потреб і спонук. Виходячи з такого розуміння людської поведінки, основною метою корекції виступає допомога клієнтові в розумінні і усвідомленні нею причин її поганого пристосування до реальності і надання їй допомоги в можливості адаптації до неї.

Таким чином, коректувальна робота психоаналітика будується в двох основних напрямках:

1. Робота з клієнтом над усвідомленням неусвідомлюваного (мотивів фіксації захисних механізмів, способів поведінки) і прийняття клієнтом адекватної і реалістичної інтерпретації.

2. Робота з клієнтом по посиленню його «Его» для побудови реалістичнішої поведінки.

Позиція психолога. У класичному психоаналізі роль і позиція психолога досить жорстко фіксовані. Основні вимоги до особистості психолога: невтручання, усунутість, нейтралітет, особова закритість, уміння і здатність витримати «перенесення» і працювати з «контрперенесенням», тонка спостережливість і здібність до адекватних інтерпретацій.

Однією з найважливіших вимог до психоаналітика виступає вимога усвідомлення власних проблем, реакцій і їх можливого впливу на клієнта. Обов'язковою умовою професійної підготовки психоаналітика є проходження тривалого і докладного курсу психоаналізу.

Вимоги і очікування від клієнта. До клієнта також пред'являється ряд вимог.

По-перше, від нього очікується прийняття самої концепції психоаналізу.

По-друге, від клієнта очікується повна відвертість і готовність до тривалого (від декількох місяців до багатьох років) періоду спільної роботи.

По-третє, до умови контракту вноситься пункт, згідно якому клієнт бере на себе зобов'язання утримуватися від різких змін в особистому житті впродовж курсу психоаналізу (а в деяких випадках такий курс може тривати до 20 років, по декілька п'ятидесятихвилинних сеансів в тиждень).

Психоаналіз - це система заходів, яка може тривати довгі роки, перш ніж стан клієнта покращає, і він буде здатний реалістично управляти власним життям. Відзначають, що найбільших успіхів з його допомогою можна добитися у осіб у віці від 15 до 50 років, які мають високий інтелект і їх проблеми мають швидше невротичну, ніж психотическую природу.

Важливим є прагнення клієнта тісно співпрацювати з психологом, бажання і стан зрозуміти процес психоаналізу. Наголошується також, що чим молодше клієнт і чим сильніше у нього тривога, тим вище вірогідність значного поліпшення його стану. Протипоказаннями для психоаналітичної роботи є наявність психічних захворювань, особливо шизофренії, суїцидальних думок.

Психоаналіз полягає в пошуку прихованих хворобливих вогнищ в просторі несвідомого і психологічній допомозі людині в усвідомленні і переоцінці переживань, що турбують її.

Основні стадії психоаналізу

Перша стадія - пошук хворобливого вогнища (його згадка). На цій стадії використовують методи асоціацій, спостереження за поведінкою людини, вивчення гумору, обмовок, описок людини. Стадія закінчується виявленням цього вогнища.

Друга стадія - розтин вогнища збудження, його вербалізація. Людина вимовляється, розповідає психологові про свої переживання і їх джерела. Це дуже хворобливий процес, оскільки людина як би наново переживає і страждає, при цьому дуже часто формується негативне і агресивне відношення до психолога. Стадія вважається закінченою після того, як людина все розповіла і почала поступово заспокоюватися.

Третя стадія - переоцінка значущості подій, прихованих в хворобливому вогнищі, так зване «переклеювання ярликів». Наприклад, з «ворога» в «неприємну людину», з «подруги» в «знайому» і так далі. На цій стадії особливе значення має уважне і дбайливе відношення психолога до клієнта, допомога клієнтові в зміні його системи установок.

Четверта стадія - емоційне забарвлення нової системи установок, головним чином позитивна, спокійна. Здійснюється поступовий перехід від любові до байдужості, від агресивності до байдужості.

П'ята стадія - забування, ліквідація вогнища збудження. Найчастіше ця стадія проходить природним чином як продовження роботи з психологом на попередніх стадіях.

Психоаналіз як психотерапевтичний процес включає наступні процедури:

- конфронтацію;
- прояснення (кларифікацію);
- інтерпретацію;
- опрацьовування.

Конфронтація використовується для того, щоб показати клієнтові, що він чогось боїться, уникає, для виділення, відособлення того психічного феномена, який повинен стати предметом аналізу.

Кларифікація полягає в чіткому фокусуванні значущих деталей.

Інтерпретація припускає перетворення неусвідомлених деталей і явищ в усвідомлені.

Опрацьовування включає комплекс процедур і процесів, які необхідно здійснити після інсайту. Це найбільш трудомістка частина психоаналітичної роботи, оскільки потрібна велика кількість часу і зусиль для подолання опору, який виступає перешкодою на шляху перетворення особистості.

Найбільш важливою з цих процедур є інтерпретація, всі останні їй підпорядковані: вони або ведуть до неї, або роблять її ефективнішою.

Класичний психоаналіз включає п'ять базисних технік:

1. Метод вільних асоціацій.
2. Тлумачення (інтерпретація) сновидінь.
3. Інтерпретація.
4. Аналіз опору.
5. Аналіз перенесення.

1. Метод вільних асоціацій полягає в тому, що психолог-аналітик пропонує клієнтові висловлювати будь-які припущення, які з'являються у клієнта і відображають його переживання. Вислови можуть вестися у випадковому порядку, вони є спонтанними, мимовільними. Для консультанта-аналітика важливі наступні моменти:

- зміст висловів;
- послідовність висловів;
- блокування висловів.

Останні два моменти є ключами до неусвідомлюваної проблематики, визначити яку і зобов'язаний психоаналітик, виходячи з тієї школи або напряму психоаналізу, якої він дотримується.

2. Тлумачення (інтерпретація) сновидінь клієнта, яке сам Фрейд називав «найкоротшим шляхом в підсвідоме». Під час сну ослабляються «его»-захисні механізми і виявляються приховані від свідомості переживання. Сновидіння - це не тільки ілюстрація пригнічених переживань, але і процес їх перекладу в прийнятнішу для свідомості форму. Саме цю функцію сновидіння Фрейд позначив як «робота сновидіння».

Завдання консультанта-аналітика полягає в забезпеченні інтерпретацій, розкритті латентного змісту сновидінь і спонуці клієнта до вислову вільних асоціацій, пов'язаних з сновидінням, а звідси і допомога йому в усвідомленні реальних подій минулого і сьогодення, що викликали ті або інші картини снів.

3. Інтерпретація є роз'ясненням неясного або прихованого для клієнта значення деяких аспектів його переживання або поведінки. При цьому неусвідомлені феномени стають усвідомленими. Інтерпретація включає три основні процедури:

- 1 Ідентифікацію (позначення).
2. Роз'яснення (власне тлумачення).
3. Переклад тлумачення мовою повсякденного життя клієнта.

Основні правила інтерпретації

- . Йти від поверхні углиб.
- . Інтерпретувати те, що клієнт здатний вже прийняти.
- . Перш ніж інтерпретувати те або інше переживання клієнта, необхідно вказати йому на захисний механізм, лежачий в його основі.

4. Аналіз опору. Основні функції цієї техніки - забезпечити усвідомлення клієнтом своїх захисних механізмів і прийняти необхідну конфронтацію ним, враховуючи, що саме опір «Его» є головною перешкодою усвідомлення особистих проблем. Головне правило психоаналітика полягає у використанні для інтерпретації найбільш очевидних «его»-захисних механізмів. Істотним моментом в аналізі опору є не подолання «Его» (бо психологічний захист необхідний), а саме усвідомлення захисту як психологічного механізму, що усліпу діє там, де, як виявляється, захисна функція вже не потрібна.

5. Аналіз перенесення. У класичному психоаналізі перенесення трактується як неодмінний атрибут психотерапії, спеціально заохочується специфічною позицією аналітика (невтручання, усунутість, закритість і так далі).

Аналіз «неврозу перенесення» - ключовий момент, оскільки він сприяє усвідомленню фіксацій, визначальну поведінку і переживання клієнта таким чином, що фігура психолога стає як би фантомом, на який накладаються відносини і переживання, пов'язані з емоційними травмами перших років життя клієнта. Сенс аналізу перенесення

полягає у виявленні справжніх психоемоційних основ, зафіксованих форм поведінки, інтерпретації їх і тим самим допомогти в їх опрацюванні і зживанні.

Класичний фрейдівський психоаналіз зараз не так популярний, як колись. Частково це пов'язано з тим, що теорія особистості Фрейда, заснована на інстинктах, застаріла, частково ж з тим, що психоаналіз дорогий і вимагає багато часу. Більше всього піддавалася критиці ідея Фрейда про те, що всі симптоми є реакцією на конфлікт, викликаний фрустрацією інфантильних сексуальних імпульсів. З'явилися багато різновидів психодинамічних теорій особистості і лікування емоційних порушень.

Деякі з цих різновидів у меншій мірі, чим фрейдизм, фокусують на «ід», несвідомому і минулому. Вони приділяють більше уваги актуальним проблемам і тому, як можна використовувати «силу его» для їх вирішення. У цих терапіях клієнтам допомагають усвідомити не «едипів комплекс», а то, як глибинні відчуття тривоги, невпевненості і неповноцінності приводять до емоційних порушень і проблем у відносинах з іншими.

Сюди входить перш за все індивідуальна психологія Альфреда Адлера (1927), який підкреслював роль природжених соціальних спонук у формуванні особистості. Адлер припустив, що кожна людина народжується в безпорадному, залежному стані, який створює відчуття неповноцінності. Це негативне відчуття, сполучене з природним бажанням стати членом суспільства, що «оперився», є стимулом для розвитку особистості. Адлер пояснював цей процес як прагнення до переваги, під якою розумів прагнення до самоздійснення, а не тільки бажання бути краще за інших. Якщо відчуття неповноцінності дуже сильні, то вони приводять до компенсації, навіть гіперкомпенсації неповноцінності — до «комплексу неповноцінності». Невроз розвивається в тому випадку, якщо людина терпить невдачу при подоланні комплексу неповноцінності; невроз дозволяє пацієнтові зберегти відчуття власної гідності, відносячи свою слабкість за рахунок хвороби.

Іншим різновидом психоаналізу є егопсихологія (Ганна Фрейд, 1946, Хартман, 1958, Клейн, 1960). Егопсихологи розглядали «его» не просто як посередника в конфліктах між «ід», «суперего» і середовищем, а як творчу, адаптивну силу. «Его» відповідально за розвиток мови, сприйняття, увагу, планування, навчання і інші психологічні функції.

Теоретики неофрейдизма, такі, як Карен Хорні (1937), Еріх Фромм (1941), Гарі Саллівен (1953), слідували шляхом Адлера, зосередившись на вивченні того, як соціальне середовище бере участь у формуванні особистості. Вони вважали, що найбільш значущим для формування особистості є задоволення соціальних потреб — потреб в захищеності, безпеці, у визнанні (ухваленні). Коли ці потреби не задовольняються, люди відчувають сильний дискомфорт і прагнуть вирішити проблему, використовуючи інших людей, отримавши від них те, чого вони потребують. Стратегії, використовувані для цього, — прагнення до переваги над іншими або, навпаки, надмірна залежність від інших — формують особистість. Саллівен надавав таке велике значення міжособовим відносинам, що визначив особистість як «патерн інтерперсональної поведінки індивіда».

У сучасному психодинамічному підході лінію неофрейдистів продовжують теоретики об'єктних відносин, такі, як Мелані Клейн (1975), Отто Кернберг (1976), Гейнц Кохут (1984).

Теорії об'єктних відносин підкреслюють важливість для особового розвитку дуже ранніх відносин між дітьми і їх об'єктами любові, зазвичай матір'ю і первинними фігурами, що забезпечують дитині відхід. Особливо критичним в житті людини є те, як первинні фігури забезпечують підтримку, захист, ухвалення і схвалення або, іншими словами, задовольняють фізичні і психологічні потреби дитини. Природа цих об'єктних відносин має важливий імпульс для розвитку особистості. У своєму розвитку здорова особистість проходить шлях від надійної ранньої прихильності до матери або її заміників через поступове віддалення від об'єкту прихильності до здатності будувати відносини з іншими людьми як незалежний індивід. Порушені об'єктні відносини можуть створювати

проблеми, які втручаються в процеси особового розвитку і приводять до неадекватної самооцінки, труднощів в міжособових відносинах або серйозніших психічних розладів.

Різновидом психодинамічної психотерапії є наша вітчизняна особово-орієнтована (реконструктивна) психотерапія, що розробляється в Психоневрологічному інституті ім. Бехтерева, теоретичною основою якої служить психологія відносин В. М. Мясищева (1960).

Головною метою цієї моделі є реконструкція системи відносин, порушеній в процесі розвитку особистості під впливом соціальних чинників, перш за все спотворених міжособових відносин в батьківській сім'ї. Порушена система відносин не дозволяє людині раціонально вирішувати інтрапсихічні конфлікти, що виникають у важкій життєвій ситуації, що і приводить до виникнення неврозу. Усвідомлення конфлікту є одним з важливих завдань в процесі психотерапії.

Тема 4. Особливості та методи психодинамічної психотерапії.

Мета вивчення: Засвоїти основні уявлення про особливості розвитку та методи психодинамічної психотерапії.

Питання до розкриття

1. Теоретичні передумови розвитку психодинамічної психотерапії.
2. Техніки психодинамічної психотерапії.
3. Аналіз особистісної динаміки.
4. Теорія об'єктних відносин.

Виклад теоретичних і практичних основ психодинамічного напрямку в психотерапії неможливо уявити без постійних апеляцій до ширшого контексту психоаналітичного знання. Оскільки саме завдяки психоаналізу на початку ХХ ст. в європейській культурі вперше виникло і оформилося розуміння про наявність індивідуальної і колективної несвідомої психічної реальності, сил, що діють в ній, і енергій, динаміці їх формування і впливу на нормальний і патологічний розвиток особистості, можливості наукового дослідження і дії на них. З іншого боку, творчий розвиток теорії і практики психоаналізу привів до виникнення різноманітних форм психотерапевтичної практики, що оперують поняттями і концепціями енергій, сил і конфліктів між ними, але що у ряді випадків достатньо серйозно відходять від ортодоксальної традиції.

Психодинамічна терапія використовує психоаналітичне розуміння функціонування психіки людини; обидва види лікування намагаються змінити поведінку терапевтичним шляхом за допомогою таких психологічних методів, як конфронтація, прояснення і інтерпретація; обидва вимагають інтроспекції з боку пацієнта і емпатичного розуміння з боку терапевта; обидва звертають пильну увагу на контрперенесення. Але психодинамічні форми психотерапії часто підкреслюють особливості реального життя пацієнта і мінімізують розгляд аспектів взаємин «терапевт-пацієнт». Крім того, психодинамічні форми психотерапії, крім традиційних, використовують такі методи, як підтримка, рада, зміни в безпосередньому оточенні пацієнта і так далі.

Під психодинамічною терапією розуміються різні форми терапії, що базуються на основних положеннях психоаналітичного учення і відповідно акцентують увагу на впливі минулого досвіду (психотравм, афектів, фантазій, вчинків і тому подібне), формуванні певної манери поведінки (психологічного захисту, спотворень сприйняття партнерів по спілкуванню, міжособової взаємодії), яка придбала повторюваність і, таким чином, впливає на актуальне фізичне, соціальне і психічне благополуччя людини.

Для пацієнта психодинамічна психотерапія не зводиться до однієї лише емоційної розрядки (катарсису), - полегшення, що досягається таким чином, є тимчасовим і не приводить до зникнення глибинних тривог пацієнта. Також в психотерапії пацієнтові

навіть чи вдасться «прожити інакше» свій минулий травматичний досвід, - той досвід неможливо усунути і він впливатиме на будь-які нові способи поведінки. Риси характеру і стереотипи поведінки, що формувалися все життя, не змінити одними лише вказівками пацієнтові на помилкові моменти його життя, радами або директивами, як і що йому слід робити і відчувати. Психодинамічна психотерапія - це терапевтичні відносини, що розвиваються, в рамках яких розвиваються обидва учасники процесу; це відрізок життя, який вони проходять разом, прагнучи розуміти і відчувати кожен крок.

Психодинамічна психотерапія - це процес, який однаково зачіпає як розвиток пацієнта, так і професійне становлення психотерапевта. Для психотерапевта фундамент психодинамічної психотерапії складається з його власного досвіду навчання, клінічного досвіду роботи з пацієнтами і базових придбаних навиків. Лише після часу і з отриманням необхідного досвіду (у тому числі і досвіду розчарувань) психотерапевтові вдається досягти достатнього розуміння глибинних процесів в терапевтичній взаємодії з пацієнтом і відчувати себе вільнішим від сприйняття проблем пацієнта через призму звичних кліше наукових і клінічних теорій.

Психодинамічна психотерапія, як і багато інших форм психотерапії, покликана створити для пацієнта простір, в якому він починає «розуміти» свої труднощі. В процесі взаємин з психотерапевтом пацієнт дістає можливість побачити, як він сприймає оточуючих і як на них реагує, зрозуміти природу своїх відносин з іншими людьми і свої типові способи вирішення виникаючих проблем. Психотерапія допомагає усвідомити свій внутрішній світ і поглянути на власні проблеми з певною часткою об'єктивності. Це — активний процес, в якому пацієнт і психотерапевт разом розглядають уявлення пацієнта, їх прояви як в його житті, так і в ході психотерапевтичних сеансів. Поступово пацієнт все краще розуміє особливості власної особистості.

Починаючи психодинамічну або психоаналітичну психотерапію і психоаналіз, пацієнт набуває для себе місця, часу і активного співучасника процесу пізнання себе, відсторонюючись від навішування ярликів і занурюючись в свій внутрішній світ зі всіма страхами і бажаннями. Для того, щоб пацієнти могли зрозуміти джерела своїх спонук і тривог, в ході психотерапії вони повинні відчувати себе в безпеці. В зв'язку з цим необхідно дотримуватися основних правил проведення психотерапевтичних сеансів. Правила, зокрема, припускають жорстке дотримання тимчасових рамок, пропуск сеансів тільки по дуже поважних причинах, збереження одного і того ж місця під час сеансів. Мова йде не про звичайну угоду лікаря і пацієнта, відповідно до якої лікар може дозволити собі запізнитися, відмінити візит і так далі. Психотерапевтичні сеанси повинні бути організовані так, щоб надати клієнтові захищений час для самодослідження, протягом якого він починає поступово розуміти себе. Якщо сеанси проходять від випадку до випадку, то неможливо створити безпечні умови, а отже, під час їх проведення у пацієнта немає шансів витримати внутрішній біль. Постійне оточення дозволяє досягти більшої об'єктивності і спостерігати різні зміни (наприклад, запізнення, пропуск сеансів, продовження їх часу), пов'язуючи їх із змістом сеансів — поведінкою обох учасників психотерапевтичного процесу. Крім того, такі умови дозволяють спостерігати саме за внутрішнім станом або змінами, максимально нівелюючи зовнішні впливи.

В ході психотерапії пацієнт прагне зрозуміти і прийняти себе таким, яким він є, і навчається жити в ладу з самим собою, реально дивлячись на своє життя. У психодинамічній психотерапії замість того, щоб намагатися пояснювати пацієнтові, як йому організувати своє життя, терапевт прагне не давати ніяких рекомендацій. В той же час важливо, щоб інтерпретації були не туманними і безцільними, а сприяли розумінню поведінки пацієнта, навіть якщо пацієнт мовчить! Пацієнт говорить на сесії все, що приходить йому на думку, і роль психотерапевта полягає в тому, щоб допомогти йому думати про це. Сумісне детальне вивчення спливаючих на поверхню думок і уважне відношення до прихованого значення того, про що говорить пацієнт, дає можливість краще зрозуміти його поточний стан, історію його життя і взаємин.

Вся вербальна інформація така ж важлива як і динаміка взаємодії на сесії і в терапії в цілому і використовується для поглиблення розуміння; важливе значення мають, наприклад, запізнення, пропуски сеансів і так далі. Відносно скоро у психотерапевта складається уявлення про страхи і фрустраціях, з якими стикається пацієнт. Мета психотерапевта — вислухати, зрозуміти, дати зворотний зв'язок пацієнтові. При цьому важливо не «фіксувати» пацієнта, пригнічуючи його волю і підпорядковувавши його авторитету психотерапевта, а підтримувати у пацієнта оптимальний рівень свідомості і розуміння себе.

Для того, щоб по-справжньому зрозуміти іншу людину, як інтелектуально, так і емоційно, необхідний чималий час. У багатьох взаєминах, наприклад в браку, для цього може знадобитися все життя, а часто такого розуміння взагалі не вдається досягти. Труднощі в розумінні іншої людини лише відображають ступінь обмеженості нашого розуміння взаємин. Динаміка взаємин - те, за допомогою чого люди встановлюють один з одним зв'язки і намагаються досягти взаєморозуміння, залишається неусвідомленим і діє несвідомо. Інтерпретації необхідні для встановлення зв'язку між свідомими і несвідомими аспектами подій, дій або висловів, завдяки чому досягається краще розуміння пацієнтом самого себе і своїх відносин з іншими людьми. Інтерпретації сприяють розширенню представлень пацієнта про самого себе і про світ і залучають його до роботи. Зберігати розширене уявлення про себе і про пацієнта психотерапевтові допомагають теоретичні знання, супервізії і досвід особистої психотерапії.

Так відбуваються глибинні зміни в людині. Але, як правило, пацієнти хочуть чогось швидшого і визначенішого, наприклад, кращого самопочуття або усунення нав'язливого прагнення до самодеструктивної поведінки. Пацієнт може прагнути до того, щоб люди, що оточують його, краще відносилися до нього і давали йому те, чого він, на його власну думку, заслуговує. Це вельми поширений тип відношення до світу. Розуміючи страх пацієнта і його роздратування, толерантно відносячись до подібних відчуттів в умовах сетінга, ми можемо допомагати йому. Але зміни не наступають в один день, тому пацієнт повинен довіряти психотерапевтові настільки, щоб пройти через цей нелегкий процес. Пацієнта слід підготувати брати до уваги себе у взаєминах з іншими людьми, зокрема, з психотерапевтом. Щоб досягти цього, пацієнт повинен уміти розуміти думку психотерапевта про процес, який відбувається в кабінеті, думка про те, про що він не встиг подумати, і про причини такої «неуважності». Підсумком роботи буде розуміння пацієнтом, емоційно і інтелектуально, як можна жити без постійної підтримки оточуючих, досягаючи реальнішої, внутрішньої пошани до себе.

Техніка психотерапевтичної роботи даного напрямку включає наступні процедури: встановлення правильних відносин, аналіз і опрацювання особової позиції клієнта, підбадьорювання, заохочення розвитку саморозуміння (інсайта) і допомога в переорієнтації. Ці процедури відповідають наступним чотирьом етапам психокорекції:

1. Встановлення правильних відносин. Основа цього етапу - формування відповідні установок відносно клієнта: шанобливість, віра в можливості і здатності людини, активне слухання, вияв щирої цікавості, підтримка і підбадьорювання. Для цього використовуються комунікативні навички і уміння.

2. Аналіз особової динаміки. Головне на цьому етапі - розуміння, усвідомлення специфіки життя клієнта. Важливе місце приділяється опиту про цілі життя: «У чому ви бачите своє призначення?»; «Вам подобається те, на що ви витрачаєте своє життя?» і так далі. Для цього існує спеціальна техніка.

Опитувальник сімейного сузір'я містить питання типу: «Як ваш отець відноситься до дітей?»; «Хто був улюбленою дитиною в сім'ї?»; «У яких відносинах ви були з отцем і матір'ю?»; «Якою дитиною ви були?» Сенс подібних питань - отримати картину сприйняття і раннього емоційного досвіду клієнта, що вплинули на подальший особовий розвиток.

Набір питань «Ранній спогад». Питається приблизно наступне: «Я б хотів почути про ваші найперші дитячі спогади»; «Будь ласка, розкажіть що-небудь з найперших ваших вражень» або «Хотілося б почути ваш найяскравіший спогад, що відноситься до перших шести років життя». Як правило, число таких прохань обмежують чотирма. У відповідях клієнта фіксують: домінуючу тему; реакцію, що повторюється; позицію (учасник або спостерігач); самотність або включеність у групу; центральне відчуття, яке виражається в спогадах.

Аналіз сновидіння. На відміну від класичного психоаналізу в адлеріанському підході відсутня фіксована символіка. Велике значення приділяється дитячим сном. Крім того, сновидіння розглядаються як репетиція майбутніх дій.

Пріоритети. Виділяють чотири пріоритетні цінності, важливі для осмислення життя: 1) перевага; 2) контроль; 3) комфорт і 4) бажання бути приємним. З метою встановлення властивих клієнтові пріоритетів його просять розповісти про свій звичайний день: що він робить, як себе відчуває, що думає, чого уникає під будь-яким приводом і які відчуття викликає у інших. При цьому в завдання терапевта не входить зміна пріоритету, а тільки усвідомлення його.

Підведення підсумків. По кожній з попередніх технік готується резюме. Резюме обговорюється з клієнтом, причому сам клієнт читає текст резюме вголос, при цьому звертається увага на його невербальну поведінку. Сенс процедури - знаходження *головних помилок* в думці про світ: гіперузагальнення типу: «Немає в житті щастя»; невіра і нездійсненні цілі, наприклад: «Я хочу подобатися всім»; помилкове сприйняття життєвих вимог, наприклад: «Всі несправедливі до мене»; заперечення власної *основоположної цінності* типу: «Я - кінчена людина»; уявні цінності, *наприклад*: «Головне - добитися свого, неважливо, якою ціною».

Від терапевта вимагається орієнтування в системі усвідомлюваних допущень клієнта по відношенню до резюме.

3. Підбадьорювання. На цьому етапі роботи основна функція - визнання особистої мужності клієнта, його духовних сил і головне - наявність свободи вибору у вчинках на основі придбаного самопізнання.

4. Заохочення інсайту. Завдання психолога - створення умов для інсайту (осаяння) шляхом поєднання психологічної підтримки і конфронтації, а також відповідних інтерпретацій з тим, щоб висвітити для клієнта його неусвідомлювані цілі, помилкові цінності, стиль життя. У інтерпретаціях корисні натяки, підказки і припущення, за допомогою яких знижується рівень психологічного захисту клієнта. Реальне саморозуміння - це сенс третього етапу.

5. Допомога в переорієнтації. Ця завершальна стадія роботи відома також під назвою «Втілення інсайту в дію». Існують спеціальні прийоми, сприяючі зміні колишніх цілей і ухваленню нових рішень.

Антисугестія (парадоксальна інтенція) - сенс цієї техніки полягає в багатократному перебільшенні пропорцій небажаної активності, завдяки чому забезпечується допомога клієнтові в усвідомленні неадекватності і недоречності небажаних дій. Сенс техніки не тільки в тому, що вона йде в ногу із захисними механізмами завдяки відладженому механізму дії, але і в тому, що примусове, багато разів посилене здійснення дії, з якою слід було б боротися, знецінює цю дію для клієнта.

Дія «Якби...». Дана психотехніка заснована на типовій скарзі: «Ах, якби». Клієнтові пропонується діяти так, немов побажання «якби» здійснилося. По суті, дана техніка є ролева гра, в якій клієнт знаходить можливості компенсації неадекватних або неповноцінних відчуттів, установок, дій, причому не тільки в ситуації спілкування з психологом віч-на-віч, але і впродовж певного тимчасового періоду, наприклад в проміжку між двома коректувальними зустрічами.

Постановка цілей і ухвалення зобов'язань. Правила використання цієї техніки прості: мета повинна бути досяжна, реалістична, а час - обмежений. «Роби тільки те, що

приємно» - так сформулював Адлер сенс цього прийому. Якщо все ж таки мета не здійснюється, її можна переглянути. У разі успіху клієнт захоплюється до ухвалення більш довгострокових зобов'язань в бажаному для нього напрямі.

Злови себе. Клієнтові пропонується відстежувати свою деструктивну поведінку, не впадаючи в самозвинувачення, швидше з теплим гумором відносно себе. Прийом продуктивний, якщо клієнт вже усвідомив свої цілі і мотивований до переорієнтації. У користуванні прийому важливе тимчасове відсилення до минулого: «Як раніше».

«Натиснення кнопки». Прийом ефективний з клієнтами, що відчують себе жертвами протилежних емоцій. Клієнтові пропонується розслабитися і звернути увагу на те, які образи і думки викликають неприємні відчуття, а які - приємні. Після цього його навчають довільно регулювати свій емоційний стан «натисненням кнопки», тобто ухвалюючи рішення про те, на яких образах або думках варто зосередитися.

«Уникнення плакунчика». Сенс цієї техніки - не потрапити в пастку тієї психологічної позиції, з якою приходиться клієнт, зокрема звичній поведінковій позиції типу: «Мене ніхто не любить, нікому я не потрібний». Психолог у жодному випадку не повинен підкріплювати цю позицію, навпаки, його завдання - невпинно захоплювати поведінку, відповідну психологічній зрілості, коли вибір самої позиції залежить від людини, від його вільного рішення.

Іноді в психотерапії розрізняють особистий і індивідуальний підходи. Останній бере до уваги конкретні особливості, властиві даній людині. Індивідуальний підхід може включати і особистий (якщо при цьому враховуються і особистісні, і соматичні характеристики), а може бути і більш обмеженим (у тому випадку, коли він враховує тільки які-небудь окремі особисті або окремі соматичні особливості).

Особовий підхід в психотерапії реалізується в трьох основних напрямках: 1) вивчення особистості клієнта, закономірностей його розвитку і специфіки порушень в цілях оптимізації психотерапевтичних дій; 2) урахування особистісних особливостей при використанні будь-яких психотерапевтичних методів; 3) орієнтація психотерапевтичного процесу на особистісні зміни. Перших двох аспектів стосується використання практично всіх психотерапевтичних методів. Третій відноситься до психотерапевтичних напрямів, метою яких є досягнення особистісних змін.

Вивчення особистості клієнта, закономірностей його розвитку і специфіки порушень в цілях оптимізації психотерапевтичних дій. Психотерапія є інструментом реалізації особистісного підходу. Тому психотерапевтична дія припускає знання терапевтом основ клінічної (медичною) психології, об'єкт вивчення якої — особистість клієнта. Розвиток психотерапії тісно пов'язаний з розробкою вчення про особистість, її механізми, закономірності і розлади її функціонування. Реалізація особистісного підходу в психотерапії припускає детальне вивчення особистості клієнта, особливостей його емоційного реагування, мотивації, особливостей поведінки і їх трансформації в процесі порушення. Така інформація необхідна як для вирішення завдань патогенетичної і диференціальної діагностики, так і в ході лікувально-відновної, психотерапевтичної і психокоректувальної практики.

Інше важливе завдання дослідження особистості клієнта полягає у визначенні участі психологічного компоненту в генезі різних форм патології: від великого круга хвороб, в етиопатогенезі яких психологічному чиннику належить вирішальна (неврози) або істотна роль (інші прикордонні розлади, психосоматичні захворювання і ін.) до захворювань, в яких психічний чинник виявляється як реакція особистості на хворобу, що приводить до зміни психологічного функціонування індивіда у зв'язку з соматичним розладом.

Як модель трансформації особових особливостей може розглядатися невроз з основними його стадіями. Виділяють первинні, вторинні і третинні особові утворення. Первинні пов'язані переважно з темпераментом. Вторинні визначаються порушеннями значущих відносин пацієнта. Третинні є посиленням цих рис — при затяжному перебігу

неврозу і невротичному розвитку — до ступеня характерологічних акцентуацій і психопатичних особливостей, що багато в чому визначають поведінку людини і її адаптацію. Розглянуті на моделі неврозу первинні, вторинні і третинні особливості особистості можна виділити і в структурі особових розладів при інших нервово-психічних і психосоматичних захворюваннях.

Урахування первинних, вторинних і третинних особових утворень надзвичайно важливо при виборі оптимальної психотерапевтичної тактики. Якщо при первинних особових розладах істотну роль грають біологічні методи лікування, то корекція вторинних особових порушень вимагає вже проведення особово-орієнтованої психотерапії. Корекція третинних особових розладів, що виявляються в поведінковій сфері, найконструктивніше протікає, якщо особово-орієнтована психотерапія доповнюється різними варіантами поведінкового тренінгу.

Таким чином, тільки при урахуванні специфіки особових порушень різного рівня психотерапія набуває диференційованого і змістовного характеру.

Урахування особових особливостей при використанні будь-яких психотерапевтичних методів. Поняття «особовий підхід» в даному аспекті є ширшим і розповсюджується на всі психотерапевтичні методи, у тому числі і на симптомоцентровані, вирішуючі швидше тактичні завдання. Це означає, що будь-яка психотерапевтична дія повинна враховувати особові особливості пацієнта і специфіку особових порушень, анамнез життя і хвороби, установки і відношення, особливості поведінки і емоційного реагування. Так, наприклад, в психотерапії сугестії вибір вживаних методів і їх спрямованість (гіпноз, навіювання в стані неспання, непряме навіювання) залежить від особливостей особистості клієнта, його навіюваності, податливості гіпнозу, ступеню особових змін, пов'язаних з хворобою, відношення клієнта до своїх труднощів.

Орієнтація психотерапевтичного процесу на особові зміни. Цей аспект особового підходу в психотерапії відображає спрямованість тієї або іншої психотерапевтичної системи на досягнення змін особистості, а не тільки на редукцію симптоматики. Такі психотерапевтичні школи часто називають особово-орієнтованими або особово-орієнтованою психотерапією. Сама назва указує, що тут поняття особистості є центральним. У особово-орієнтованій психотерапії наочно реалізується особовий підхід, а її численні методи і прийоми базуються на різних теоріях і концепціях особистості (наприклад, психоаналітичній або гуманістичній). Слід розрізнити особовий підхід в психотерапії і особово-орієнтовану психотерапію в цілому від конкретної психотерапевтичної школи — особово-орієнтованої (реконструктивною) психотерапії, яка є не загальним підходом або загальною орієнтацією на особові зміни, а самостійною психотерапевтичною системою з власною концепцією особистості і особових порушень.

Теоретики неофрейдизму, такі, як Карен Хорні, Еріх Фромм, Гарі Саллівен слідували шляхом Адлера, зосередившись на вивченні того, як соціальне середовище бере участь у формуванні особистості. Вони вважали, що найбільш значущим для формування особистості є задоволення соціальних потреб — потреб в захищеності, безпеці, у визнанні (ухваленні). Коли ці потреби не задовольняються, люди відчувають сильний дискомфорт і прагнуть вирішити проблему, використовуючи інших людей, отримавши від них те, чого вони потребують. Стратегії, використовувані для цього, — прагнення до переваги над іншими або, навпаки, надмірна залежність від інших — формують особистість. Саллівен надавав таке велике значення міжособовим відносинам та визначав особистість як «патерн інтерперсональної поведінки індивіда».

У сучасному психодинамічному підході лінію неофрейдистів продовжують теоретики об'єктних відносин, такі, як Мелані Клейн, Отто Кернберг, Гейнц Кохут.

Теорія об'єктних відносин підкреслює важливість для особового розвитку дуже ранніх відносин між дітьми і їх об'єктами любові, зазвичай матір'ю і первинними фігурами, що забезпечують дитині відхід. Особливо критичним в житті людини є те, як

первинні фігури забезпечують підтримку, захист, ухвалення і схвалення або, іншими словами, задовольняють фізичні і психологічні потреби дитини. Природа цих об'єктних відносин має важливий імпульс для розвитку особистості. У своєму розвитку здорова особистість проходить шлях від надійної ранньої прихильності до матери або її заміників через поступове віддалення від об'єкту прихильності до здатності будувати відносини з іншими людьми як незалежний індивід. Порушені об'єктні відносини можуть створювати проблеми, які втручаються в процеси особового розвитку і приводять до неадекватної самооцінки, труднощів в міжособових відносинах або серйозніших психічних розладів.

Різновидом психодинамічної психотерапії є наша вітчизняна особово-орієнтована (реконструктивна) психотерапія, що розробляється в Психоневрологічному інституті ім. Бехтерева, теоретичною основою якої служить психологія відносин В.М. Мясищева. Головною метою цієї моделі є реконструкція системи відносин, порушених в процесі розвитку особистості під впливом соціальних чинників, перш за все спотворених міжособових відносин в батьківській сім'ї. Порушена система відносин не дозволяє людині раціонально вирішувати інтрапсихічні конфлікти, що виникають у важкій життєвій ситуації і приводять до виникнення неврозу. Усвідомлення конфлікту є одним з важливих завдань в процесі психотерапії.

Тема 5. Загальний підхід до терапії в гештальт-психології

Мета вивчення: Засвоїти уявлення про основи гештальт-психології.

Питання до розкриття

1. Теоретичні основи гештальт-психотерапії.
2. Основні правила гештальт-психотерапії.
3. Цілі корекції, позиція психолога, вимоги до клієнта.
4. Базисні техніки: аналіз життєвого сценарію по продуктам діяльності.

Ф. Перлз переніс закономірності утворення фігури, встановлені в гештальтпсихології у сфері сприйняття, в область мотивації людської поведінки. Виникнення і задоволення потреб він розглядав як ритм формування і завершення гештальтів. Функціонування мотиваційної сфери здійснюється за принципом саморегуляції організму.

Людина знаходиться в рівновазі з самою собою і навколишнім світом. Бути самою собою, здійснювати своє «Я», реалізувати свої потреби, схильності - це шлях гармонійної здорової особистості. Людина, яка хронічно перешкоджає задоволенню власних потреб, відмовляється від реалізації свого «Я», з часом починає слідувати цінностям, нав'язаним ззовні. І це приводить до порушення процесу саморегуляції організму.

Згідно гештальттерапії організм розглядається як єдине ціле, і будь-який аспект поведінки може бути проявом цілісного буття людини. Людина є частиною ширшого поля: організм - середовище. У здорової особистості межа з середовищем є рухомою: виникнення певної потреби вимагає «контакту» з середовищем і формує гештальт, задоволення потреби завершує гештальт і вимагає «відходу» від середовища. У невротичної особистості процеси «контакту» і «відходу» є сильно спотвореними і не забезпечують адекватного задоволення потреб.

Ф. Перлз розглядав особове зростання як процес розширення зон самоусвідомлення, що сприяє саморегуляції і координує рівновагу між внутрішнім світом і середовищем. Він виділяв три зони усвідомлення:

1. Внутрішню - явища і процеси, що відбуваються в нашому тілі.
2. Зовнішню - зовнішні події, які відбиваються свідомістю.
3. Середню - фантазії, вірування, відносини.

При неврозі переважає тенденція до зосередження на середній зоні за рахунок виключення зі свідомості двох перших. Така зайва схильність до фантазування,

інтерпретації порушує природний ритм процесу свідомості, вимушує клієнта зосереджуватися на минулому і майбутньому в збиток сьогоденню, оскільки завершити гештальт (задовольнити потребу) можна тільки в момент «тут і зараз».

На думку Ф. Перлза, психічні порушення у людей обумовлені тим, що їх особистість не складає єдиного цілого, тобто гештальта. У більшості клієнтів стрес виникає в результаті неусвідомлених конфліктів, що заважають їм входити в контакт з деякими з власних відчуттів і думок.

Гештальттерапія прагне спонукати людину переживати власні фантазії, усвідомлювати власні емоції, контролювати інтонації голосу, рухи рук і очей, і зрозуміти раніше ігноровані нею фізичні відчуття з тим, щоб вона знову змогла відновити зв'язок між всіма своїми аспектами особистості і в результаті досягти повного усвідомлення власного «Я». В основі всіх порушень лежать обмеження здатності індивіда до підтримки оптимальної рівноваги з середовищем, порушення процесу саморегуляції.

У гештальттеорії розрізняють п'ять механізмів порушення процесу саморегуляції: 1) інтроєкцію; 2) проєкцію; 3) ретрофлексію; 4) дефлексію; 5) конфлуенцію.

При *інтроєкції* людина засвоює відчуття, погляди, переконання, оцінки, норми, зразки поведінки інших людей, які, вступаючи в суперечність з власним досвідом, не асимілюються його особистістю. Цей досвід, що не асимілюється, - інтроєкт - є чужою для людини частиною його особистості. Найбільш ранніми інтроєктами є батьківські повчання, які засвоюються дитиною без критичного осмислення. З часом стає важко розрізнити інтроєкти і свої власні переконання. «Він думає те, чого від нього хочуть інші».

Проєкція - пряма протилежність інтроєкції. При проєкції людина відчужує властиві їй якості, оскільки вони не відповідають її «Я-концепції». Проєкційні дірки, що утворюються в результаті, заповнюються інтроєктами. «Він робить іншим те, в чому сам їх звинувачує».

Ретрофлексія - поворот на себе - спостерігається в тих випадках, коли які-небудь потреби не можуть бути задоволені із-за їх блокування соціальним середовищем, і тоді енергія, призначена для маніпулювання в зовнішньому середовищі, прямує на самого себе. Такими незадоволеними потребами або незавершеними гештальтами часто є агресивні відчуття. «Він робить собі те, що хотів би робити іншим». Ретрофлексія при цьому виявляється в м'язових затисках. Первинний конфлікт між «Я» і іншими перетворюється на внутрішньоособовий конфлікт. Показниками ретрофлексії є використання в мові поворотних займенників і частинок. Наприклад: «Я повинен змусити себе зробити це».

Дефлексія - ухилення від реального контакту. Людина, для якої характерна дефлексія, уникає безпосереднього контакту з іншими людьми, проблемами і ситуаціями. Дефлексія виражається у формі балакучості, ритуальності, умовності поведінки, тенденції «згладжування» конфліктних ситуацій.

Конфлуенція (або злиття) - виражається в стиранні меж між «Я» і оточенням. Такі клієнти насилу відрізняють свої думки, відчуття і бажання від чужих. Для людей з конфлуенцією характерно при описі власної поведінки вживання займенника «ми» замість «я». Конфлуенція є захисними механізмами, удаючись до яких індивід відмовляється від свого справжнього «Я».

В результаті дії перерахованих механізмів порушується цілісність особистості, яка виявляється фрагментованою, розділеною на окремі частини. Такими фрагментами часто виступають дихотомії: чоловіче - жіноче, активне - пасивне, залежність - відчуженість, раціональність - емоційність і так далі.

Поняття «*Незавершена справа*» є одним з центральних в гештальткоррекції. «Незавершена справа» означає, що невідреаговані емоції перешкоджають процесу актуального усвідомлення того, що відбувається. Довершити незавершене, звільнитися від емоційних затримок - один з істотних моментів в гештальттерапії.

Іншим важливим терміном є «уникнення». Поняття, за допомогою якого відбиваються особливості поведінки, пов'язані із способами відходу від визнання і ухвалення всього того, що пов'язане з неприємним переживанням незавершеної справи. Гештальттерапія заохочує вираз затриманих відчуттів, конфронтацію з ними і опрацювання їх, досягаючи тим самим особової інтеграції. В процесі гештальткоррекції на шляху до розкриття своєї дійсної індивідуальності клієнт проходить через п'ять рівнів, які Ф. Перлз називає рівнями невроту.

Перший рівень - рівень фальшивих відносин, ігор і ролей. Це шар фальшивої ролевої поведінки, звичних стереотипів, ролей. Невротична особа відмовляється від реалізації свого «Я» і живе згідно очікуванням інших людей. В результаті власні цілі і потреби людини виявляються незадоволеними. Людина відчуває фрустрацію, розчарування і безглуздя свого існування.

Другий рівень - фобійний - пов'язаний з усвідомленням своєї фальшивої поведінки і маніпуляцій. Але коли клієнт уявляє собі, які наслідки можуть виникнути, якщо він почне поводитися щиро, його охоплює відчуття страху. Людина боїться бути тим, ким є. Боїться, що суспільство піддасть його остракізму. І клієнт прагне уникати зіткнення зі своїми хворобливими переживаннями.

Третій рівень - рівень безвиході і відчаю. Він характеризується тим, що людина не знає, що робити, куди рухатися. Вона переживає втрату підтримки ззовні, але не готова і не хоче використовувати свої власні ресурси, знайти внутрішню точку опори. В результаті людина дотримується статус-кво, боїться пройти через безвихідь. Це моменти, пов'язані з переживанням своєї власної безпорадності.

Четвертий рівень - імплізія, стан внутрішнього сум'яття, відчаю, огиди до самого себе, обумовлений повним усвідомленням того, як людина обмежила і подавила себе. На цьому рівні клієнт може відчувати страх смерті. Ці моменти пов'язані із залученням величезної кількості енергії і зіткненням протилежних сил усередині людини. Тиск, що виникає внаслідок цього, як їй здається, загрожує її знищити. Людина в сльозах відчаю переживає свою рішучість самій прийняти ситуацію і справитися з нею. Це шар доступу до свого справжнього «Я».

П'ятий рівень - експлозія, вибух. Клієнт скидає з себе фальшиве, наносне, починає жити і діяти від свого справжнього «Я». Досягнення цього рівня означає формування аутентичної особистості, яка знаходить здібність до переживання і виразу своїх емоцій. Таким чином, гештальткорекція - це підхід, направлений на звільнення і самостійність особистості.

Контакт є центральним і ключовим поняттям гештальт-терапії. Контакт — це завжди обмін між організмом і навколишнім середовищем. Гештальт-терапія робить акцент на усвідомленні того, як клієнт тут і тепер в терапевтичному сеансі в діалозі з терапевтом здійснює свій спосіб жити на цьому світі і влаштувати свій досвід, концентрується на процесі творчого пристосування клієнта і на способах його втрати.

Ця стратегія роботи гешальт-терапевта позначається як «робота на межі контакту». Є три взаємозв'язані процеси, три координати гештальт-терапії: теорія поля, феноменологія, діалог. Особистість не може бути визначена без свого поля, свого оточення, своєї історії. Суттю цього поля є цілісність. Це не просто мир, це суб'єктивний мир.

Суб'єктивна особова частина поля сутнісно включає своє феноменологічне поле. Вирішальним тут є те, як людина сприймає мир, робить вибір, створює власний досвід, організовує свій власний мир і саму себе в ньому, як створює свої власні сенси. Важливо, що все це розглядається не як структура, а як процес. «Заморожена» феноменологія розглядається як патологічний патерн.

Терапевтичні відносини з гешальт-терапевтом будуються у формі діалогу. Діалог в гештальт-терапії розглядається в екзистенціальному сенсі. Відмінною рисою діалогу в гештальт-терапії є відповідальність гешальт-терапевта. Терапевт несе особисту

персональну відповідальність за те, що відбувається в терапії, він не може захиститися теорією або правилами.

Робота з внутрішньою феноменологією клієнта і має ряд фундаментальних відмінностей від роботи на межі контакту. По-перше, тут гешальт-терапевт знаходиться не в діалозі з клієнтом, а у позиції фасилітатора діалогу клієнта з невідреагованими важкими елементами його внутрішнього досвіду. Гешальт-терапевт виконує роль ресурсу, допоміжного «Я» клієнта. Ця робота більш структурована технічно, і переживання самого терапевта не потрапляють на межу контакту. Все, що існує, відбувається, є якимсь феноменом. Є речі, що існують тільки у внутрішньому світі, наприклад, при психозі. Люди, що беруть участь у психотерапевтичній групі є феноменами зовнішнього світу і одночасно вони ж існують як феномени внутрішнього світу в голові один у одного. Феномени — це те, що обов'язково закінчується, вони обмежені і мінливі. Наприклад, сила тяжіння не відноситься до феноменів, також як і інші об'єктивні закони. Феномени існують як конкретні втілення страху, любові, злості, вони - суб'єктивні. Реальність, як відомо, є щось, похідне від суб'єкта. Тому основна робоча зона гешальт-терапевта — це зона проєкції. Окрім межі, у феномена є підтримка його інтеграції за допомогою енергії відчуттів. Феномени зв'язані певними відчуттями. Феномен - це те, що небайдуже клієнтові. Феномени, представлені у внутрішньому просторі людини, можуть бути описані як деякі ізоляти, усередині яких є напруга. Це щось, що ізольоване від обміну з іншими об'єктами внутрішнього світу. Будь-яке внутрішнє переживання колись було досвідом зовнішнього контакту з референтними фігурами зовнішнього світу. Неможливість продуктивного вирішення цього діалогу колись у минулому приводить до формування хронічного переживання незавершеної ситуації, якогось застиглого ізоляту у внутрішньому просторі клієнта. Внутрішні феномени підміняють реальність зовнішнього світу. Спотворена картина внутрішньої феноменології порушує поведінку в зовнішньому середовищі. Завдання терапії — допомогти клієнтові знов розвернути це «схлопнуте» переживання в діалог, зробити обидві сторони діалогу рухомими і досягти нової, продуктивнішої інтеграції. Сам термін «внутрішня феноменологія» означає, що ми працюватимемо не з реальною мамою клієнта, а з «образом мами». Якщо клієнт працює з реальним гешальт-терапевтом, він працює в режимі реального діалогу. Проте можна організувати і діалог з уявним терапевтом, поставити порожній стілець, попросити клієнта уявити на стільці терапевта і поговорити з ним. Звичайно, це буде розмова клієнта зі своїм «внутрішнім терапевтом».

Таким чином, робота з внутрішньою феноменологією полягає у виявленні внутрішніх «драйверів», керівників поведінкою, розпізнаванні протилежності, тобто об'єкту управління (наприклад, це можуть бути протилежності «кваплива мати - повільна дитина» або «контролюючий отець - беспорядна залежна дочка» і так далі) і підтримка діалогу між двома феноменами внутрішнього світу клієнта, кожен з яких — він сам.

Завданням гешальт-терапевта тут є підтримка хороших фігур у клієнта і уникнення вступу з клієнтом в прямий діалог, що з'явилося б ознакою дефлексії клієнта. Виключенням є перша фаза роботи, в якій відбувається виявлення хворобливої проблематики і фігури для роботи. Саме у цій крапці і відбувається вибір подальшої стратегії — або підтримувати емоційне усвідомлення на межі контакту, або виділяти якийсь напружений ізолят і йти з межі контакту. У будь-якому випадку робота з внутрішньою феноменологією клієнта забезпечує велику безпеку гешальт-терапевта, оскільки обидві полярності, що виділяються для роботи, належать клієнтові. Це стає особливо актуальним при зіткненні клієнта і терапевта з однією і тією ж проблемою.

Якщо умовно позначити внутрішню зону клієнта у вигляді круга, то в ньому можна виділити якісь темні, не переварені шматки досвіду. Завдання гешальт-терапевта - допомогти клієнтові сфокусувати тему, вивести за межі внутрішніх феноменів і спроекувати на порожній стілець. Потім уявити, яка полярність утворює другий стілець. На двох стільцях як би представлений клієнт цілком. Таких полярностей, тобто різних

способів інтеграції, багато у одного і того ж клієнта. Проте в даний момент тільки одна пара утворює фігуру проблеми.

В процесі проектування у клієнта може виникнути опір. Тут відношення до опору принципове інше, чим при роботі на межі контакту. В даному випадку важливо «дожати» клієнта, щоб він все-таки спроектував проблему (наприклад, хай відчує себе пожованою гумкою, якщо він говорить, що це його життя, і, звичайно ж, встає питання про того, хто ж його так пожував?). Виділення, проектування складного образу на стілець маркірується зміною стану клієнта.

Таким чином, перший крок - це прояснення теми.

Другий - виділення протилежностей. Важливо, щоб кількість фігур була не більше двох (протилежності, в сумі складові ціле). Якщо клієнт неясний і говорить про багато речей відразу, завдання гешальт-терапевта перетворити це на одну тему. Терапевт також повинен перешкоджати дефлексії клієнта, який намагається збільшити кількість стільців, переплутати їх значення, залучити терапевта в «трикутник» або розмову про безглуздя діалогу з порожнім стільцем і так далі.

Третій крок - якомога точніший опис позицій з використанням образів, прізвиськ і різних прийомів ампліфікації. Важливо пожвавити обидві позиції (при цьому терапевт однаково підтримує обидві позиції клієнта, незалежно від внутрішніх пріоритетів).

Четвертий крок - фасилітація діалогу.

П'ятий - інтеграція. Важливо, що інтеграція повинна бути проведена самим клієнтом після проходження кульмінації діалогу. Тоді гешальт-терапевт може запропонувати клієнтові вийти за межі даних двох позицій, знайти крапку в просторі, з якої можна подивитися на ситуацію з боку і описати в цій крапці себе і свій стан. Впродовж всієї роботи інструкції терапевта повинні бути чіткими і ясними, він повинен уважно стежити за зміною позицій. Якщо стан клієнта міняється - дати знак, сигнал пересісти на інший стілець. Нерідко протягом однієї зустрічі не вдається пройти всі стадії. Якщо робота уривається, обов'язково потрібно вивести клієнта за межі діалогу, щоб він здійснив проміжну інтеграцію.

Є деякі ситуації, наприклад, гострий запит на підтримку, в яких робота з порожніми стільцями недоречна.

Клієнт завжди включається в роботу з приводу якого-небудь «голоду» і пред'являє терапевтові звичний спосіб підтримки себе в голодному стані. При цьому терапевт виявляється для клієнта живильним продуктом. Може також бути виявлене порушення і функції виділення клієнта, коли клієнтові соромно, ніяково годувати терапевта якою-небудь інформацією. Для ілюстрації роботи на межі контакту можна використовувати метафору, як маленький пінгвін намагається з'їсти сиру рибу. Пожує, пожує і відригує її дорослому пінгвінові. Той пожує, пожує, і ось вже їжа виявляється придатною для пінгвіна. Так і клієнт звертається до терапевта з якоюсь інформацією, а терапевт трохи її видозмінює і повертає назад клієнтові в придатнішому для вживання вигляді. Той пожує, пожує і знову відригує терапевтові, мол не годиться. А терапевт знову трохи пожує, і - назад клієнтові. І так багато разів. Що, очевидно, виходить з цієї метафори, так це те, що терапевтові потрібно сформулювати і натренувати спеціальний «терапевтичний шлунок», щоб не отруїтися отрутою, якою його намагається нагодувати клієнт. Просто кажучи, чим більш гешальт-терапевт пропрацював, чим більше він в курсі власних проблем, тим вільніше він відчуває себе з клієнтом. Чим менше у нього зона неусвідомлюваної тривоги — тим менше шансів потрапити в пастку.

Важливо пам'ятати, що гешальт-терапевт є перехідною фігурою в житті клієнта, що надає клієнтові можливість потренуватися в усвідомленні і зміні досвіду. Отже і отрута клієнта, і делікатеси, якими він намагається годувати терапевта, призначені зовсім не йому, а реально значущим фігурам в житті клієнта.

Роботу на межі контакту можна визначити як діалог, в ході якого підтримується процес задоволення міжособових потреб клієнта в бесіді з терапевтом. Тобто це діалог, в

якому вдається розпізнати і подолати зупинки цього процесу, досліджувати можливості клієнта відстояти свої межі, пред'явити свої інтереси, відмовитися від отруйної для себе інформації і так далі. Діалог — це завжди зустріч двох феноменологій - терапевта і клієнта. В даному випадку фігурою діалогу є спосіб клієнта влаштовувати свій контакт, своє життя у контакті з навколишнім середовищем, яким виступає терапевт. Якщо є схема, технологія розмови - він перестає бути відкритим діалогом. Тому при роботі на межі контакту гештальт-терапевт завжди знаходиться в ситуації невизначеності і вимушений здійснювати творче пристосування до ситуації.

Є особлива цінність терапевтичного «незнання» як основи терапевтичної цікавості. Психотерапевт може підтримувати процес діалогу в певних рамках впродовж тривалого часу, але не може гарантувати його результат.

Робота на межі контакту - це постійна робота з проєкціями клієнта, тобто з його фантазіями, з його перенесенням в адресу терапевта і зіставлення цих фантазій з реальністю. Формування терапевтичних відносин, тобто перенесення в терапевтичний контакт характерних для клієнта способів переживання і дії, підтримка цього перенесення з метою дослідження цих способів і поступове звільнення діалогу від проєкцій клієнта створює основу довгострокової психотерапевтичної роботи. Клієнт завжди спробує змусити терапевта грати по своїх правилах. Завжди встає питання: що робити терапевтові зі своїми відчуттями, що виникають в сеансі? Основа звернення психотерапевта зі своїми реакціями — це пошана і увага терапевта до своєї власної феноменології. Навчання психотерапії - це багато в чому навчання тому, як обходитися зі своїми реакціями і як вбудовувати їх в терапевтичний діалог у формі, доступній для клієнта і з терапевтичною користю для нього.

Робота на межі контакту може бути умовно розділена на два основні етапи — діагностичний і експериментальний.

Перше завдання гештальт-терапевта - допомогти клієнтові прояснити свою дійсну потребу. Наприклад, людина скаржиться на те, що страждає від недоліку любові, проте, робить все, щоб цю любов не отримати.

В процесі роботи терапевт завжди відзначає деякі феномени, наприклад, збільшена напруга клієнта при зачіпанні хворобливої для нього теми, раптове падіння енергетики, зміна пози або тону голосу, мимовільна зміна дистанції в адресу терапевта і так далі. Таким чином, перша складова роботи терапевта - просто бачити, чути, відчувати і сприймати очевидні речі.

Гештальт-терапевти можуть інтуїтивно слідувати інтерпретаціям, не усвідомлюючи цього. Гештальт-терапевт не може зупинити потік своїх власних роздумів про клієнта і безумовно поводить відповідно до своєї інтерпретації або терапевтичної гіпотези. В гештальт-терапії клієнт - партнер в процесі пошуку сенсу, і індивідуальне наповнення конкретним сенсом обговорюваних понять належить йому. Один з принципів діагностики в гештальті полягає в тому, щоб дозволити собі сприйняти очевидне. Більш того, енергія і продуктивність терапевтичних гіпотез залежать від пошани і довіри терапевта до себе. Іноді відчуття терапевта допомагають йому уловити «тему» клієнта. А якщо те, що клієнт говорить, абсолютно не «чіпляє» терапевта - це може бути сигналом, що фігура процесу клієнта розпливається і втрачає свою енергійність.

Інтерпретація в гештальт-терапії завжди індивідуальна, тобто призначена саме цьому клієнтові на підставі даних його досвіду і завжди суб'єктивна, тобто належить конкретному терапевтові з його набором характеристик і життєвих реалій. Інтерпретація народжується кожного разу в єдиному у своєму роді діалозі. Індивідуальна інтерпретація — це найризикованіша частина роботи терапевта. Поведінкові реакції при фобії можуть виглядати однаково, проте страх може бути різної природи: можна використовувати страх для того, щоб позбавитися від жаху неіснування, прив'язатися для отримання турботи або симптом може бути засобом витягання вигоди. При роботі на межі контакту важливо, як все це пред'являється, як живе, коли і як зникає і чим замінюється.

Передчасні висновки ведуть до численних помилок. Тому інтерпретація може видаватися клієнтові у формі образу, пропонуватися для обговорення, але не мати виду остаточного діагнозу.

До терапевтичних експериментів не відносяться заздалегідь продумані вправи, в однаковій формі пропоновані всім. Основою гештальт-експеримента є індивідуальна інтерпретація і терапевтична гіпотеза, що висувається на її основі. Експерименти можуть бути великі і маленькі, але це завжди інтервенція з боку терапевта. Наприклад, якщо людина говорить про себе, не використовуючи займенник «Я», можна попросити його говорити від першої особи. Це невеликий експеримент. А якщо клієнт боїться показатися смішним в очах терапевта, то пропозиція терапевта, щоб клієнт придумав ситуацію, в якій смішно виглядав би сам терапевт, може виявитися дуже великим експериментом і виявити повну безпорадність клієнта, а може опинитися і не дуже великим експериментом. Катастрофічні проєкції в адресу учасників групи, які, як здається клієнтові, його відкидають, можуть бути перевірені реальним зворотним зв'язком і так далі.

В кінці кожного сеансу роботи терапевт з'ясовує стан клієнта і якість інтеграції отриманого досвіду. Важливо залишати час на інтеграцію. У тих випадках, коли терапія проводиться в групі, є додаткова можливість групової інтеграції досвіду. Як правило, відчуття, не позначені клієнтом, але що активно впливають на його стан, «осідають» в групі і можуть бути повернені в процес терапії шляхом емоційного обміну між учасниками групи.

Цілі корекції. Метою гештальткорекції є зняття блокувань, пробудження природних ресурсів, що потенційно існують в людині, сприяючих її особовому зростанню, досягненню цінності і зрілості, повній інтеграції особистості клієнта.

Основна мета - допомога людині в повній реалізації потенціалу. Ця мета розбивається на допоміжні:

- забезпечення повноцінної роботи актуального самоусвідомлення;
- зсув локуса контролю усередину;
- заохочення незалежності і самодостатності;
- виявлення психологічних блоків, що перешкоджають зростанню, і зживання їх.

Позиція психолога. У гештальттерапії психолог розглядається як каталізатор, помічник, співтворець, інтегрований в єдине ціле гештальтособистості клієнта. Психолог прагне уникати безпосереднього втручання в особисті відчуття клієнта і намагається полегшити вираз цих відчуттів.

Головна мета взаємодії з клієнтом - активація внутрішніх особових резервів клієнта, вивільнення яких веде до особового зростання.

Вимоги і очікування від клієнта. У гештальткорекції клієнтам відводиться активна роль, що включає право на власні інтерпретації позицій, на усвідомлення схем своєї поведінки і життя. Передбачається, що клієнт повинен перемкнутися з раціоналізації на переживання. Причому вербалізація відчуттів не настільки важлива, наскільки важливе бажання клієнта, його готовність прийняти сам процес актуального переживання, в якому він насправді переживатиме почуття і говоритиме від їх імені, а не просто повідомляти про них.

Психотехніці в гештальттерапії надається дуже велике значення. Вони іменуються іграми і експериментами.

1. Експериментальний (дисоційований) діалог. Це діалог між фрагментами власної особистості. Техніка гри така: напроти стільця, який займає клієнт («гарячий стілець») розташовується порожній стілець, на який «сядять» уявного співбесідника. Клієнт по черзі міняє стільці, програючи діалог, ототожнюючи себе з різними фрагментами своєї особистості і виступаючи то з позиції жертви, то з позиції агресора, і по черзі відтворює репліки від імені однієї, потім іншої психологічної позиції.

2. «Великий пес» і «Щеня». «Великий пес» втілює обов'язки, вимоги, оцінки. «Щеня» втілює пасивно-оборонні установки, шукає прийоми, відмовки, виправдання, що

обґрунтовують ухилення від обов'язків. Між цими позиціями відбуваються боротьба за владу і повний контроль над особою. «Великий пес» намагається чинити тиск загрозою покарання або прогнозом негативних наслідків поведінки, не відповідної вимогам. «Щеня» не вступає в пряму боротьбу, а використовує прийоми - йому невласлива агресивність. Фрагменти діалогу між цими частинами особистості виникають іноді в свідомості клієнта в різних ситуаціях повсякденного життя. За допомогою систематизованого і щирого діалогу під час вправи клієнт може більш повно усвідомити безплідні маніпуляції, що здійснюються над власною особою, стати щирішим і здатним ефективніше управляти собою.

Техніка має виражений енергетичний потенціал, підсилює мотивацію клієнта до адекватнішої поведінки.

3. Здійснення кругів, або йти по колу. Відома психотехніка, згідно якої клієнт на прохання ведучого (техніка застосовується в груповій роботі) обходить всіх учасників по черзі, і або щось говорить їм, або здійснює якісь дії з ними. Члени групи при цьому можуть відповідати. Техніка використовується для активізації членів групи, заохочення їх до ризику нової поведінки і свободи самовираження. Прийом дозволяє більш диференційовано визначати власні переживання і зв'язки з оточуючими.

4. Техніка «навпаки». Техніка полягає в тому, щоб клієнт зіграв поведінку, протилежну тій, яка йому не подобається. Техніка направлена на ухвалення клієнтом себе в новій для нього поведінці і на інтеграції в «Я» нових структур досвіду.

5. Експериментальне перебільшення. Техніка направлена на розвиток процесу самоусвідомлення шляхом гіперболізування тілесних, вокальних і інших рухів. Це зазвичай інтенсифікує відчуття, прив'язані до тієї або іншої поведінки: голосніше і голосніше повторювати фразу, виразно робити жест. І особливу цінність представляє ситуація, коли клієнт прагне подавити які-небудь переживання - це приводить до розвитку внутрішніх комунікацій.

6. Незавершена справа. Будь-який незавершений гештальт є незавершена справа, що вимагає завершення. Найчастіше це невисловлені скарги і претензії. Клієнтові пропонується за допомогою прийому «порожнього стільця» висловити свої відчуття уявному співбесідникові або звернутися безпосередньо до того з учасників групи, хто має відношення до незавершеної справи. У досвіді роботи гештальт-груп наголошується, що найбільш часте і значуще невиражене відчуття - це відчуття провини або відчуття образи, саме з цим відчуттям працюють в грі, яка починається із слів «Я скривджений...».

7. Проектні ігри на уяву ілюструють процес проєкції і допомагають учасникам групи ідентифікуватися з відкиданими аспектами особистості.

8. «У мене є таємниця». У цій грі робиться дослідження відчуття провини і сорому. Кожного з учасників групи просять подумати про який-небудь важливий для нього особистий секрет, що ретельно зберігається. Психолог просить, щоб учасники не ділилися цими таємницями, а уявили собі, як могли б реагувати оточуючі, якби ці таємниці стали їм відомі.

9. «Перебільшення». Велика увага в гештальттерапії приділяється так званій «мові тіла». Вважається, що фізичні симптоми точніше передають відчуття людини, чим вербальна мова. Ненавмисні рухи, жести, пози клієнта іноді є сигналами важливого змісту. Проте ці сигнали залишаються перерваними, такими, що не розвинулися, спотвореними. Пропонуючи клієнтові перебільшити ненавмисний рух або жест, можна зробити важливі відкриття.

10. «Репетиція». Репетиція поведінки вголос в групі із залученням інших учасників дозволяють краще усвідомити власні стереотипи, а також використовувати нові ідеї і рішення в цій області.

11. Перевірка готової думки. У цій вправі міститься чинник інтерпретації прихованого значення поведінки клієнта, але психолог не прагне повідомити свою інтерпретацію клієнтові, він тільки надає пацієнтові можливість досліджувати

переживання, пов'язані з перевіркою робочої гіпотези. Якщо гіпотеза виявиться плідною, клієнт може розвинути її в контексті власної діяльності і досвіду.

Під час роботи одного з учасників групи, який займає «гарячий стілець» поряд із стільцем психолога, інші члени групи ідентифікуються з ним і проробляють велику мовчазну аутотерапію, усвідомлюючи фрагментовані частини свого «Я» і завершуючи незавершені ситуації.

Вся багатообразна техніка гештальттерапії направлена на забезпечення психологічної підтримки особистості, на звільнення людини від тягаря минулих і майбутніх проблем і поверненні його «Я» в багатий мінливий світ особового буття.

Тема 6. Загальна характеристика методів клієнт-центрованої терапії.

Мета вивчення: Засвоїти основні уявлення про особливості клієнт-центрованої терапії.

Питання до розкриття

1. Феноменологічний підхід як основа клієнт-центрованої терапії.
2. Стадії терапевтичного процесу: заблокованість внутрішньої комунікації, самовираження, саморозкриття, конгруентність, особистісні зміни.
3. Базові психотехніки: установлення конгруентності, вербалізація, відображення емоцій.
4. Групова психотерапія.

Згідно феноменологічному підходу, кожна людина має унікальну здатність по-своєму сприймати і інтерпретувати мир. На мові філософії психічне переживання того, що оточує називається феноменом, а вивчення того, як людина переживає реальність, — феноменологією.

Прихильники цього підходу переконані, що не інстинкти, внутрішні конфлікти або стимули середовища детермінують поведінку людини, а її особисте сприйняття реальності в кожен даний момент. Людина — не арена для вирішення інтрапсихічних конфліктів і не біхевіоральна глина, з якої завдяки навчанню ліпиться особа, а, як говорив Сартр: «Людина — це його вибори». Люди самі себе контролюють, їх поведінка детермінована здатністю робити свій вибір — вибирати, як думати, і як поступати. Ці вибори продиктовані унікальним сприйняттям людиною миру. Феноменологічні психологи розглядають навіть глибоку депресію не як психічне захворювання, а як ознаку песимістичного сприйняття індивідом життя.

Фактично феноменологічний підхід залишає за межами свого розгляду інстинкти і процеси навчання, які є загальними і для людей, і для тварин. Замість цього феноменологічний підхід зосереджується на таких специфічних психічних якостях, які виділяють людину з тваринного світу: свідомість, самосвідомість, креативність, здатність будувати плани, ухвалювати рішення і відповідальність за них. З цієї причини феноменологічний підхід називається також гуманістичним.

Інше важливе припущення цього підходу полягає в тому, що у кожної людини є природжена потреба в реалізації свого потенціалу — в особовому зростанні, — хоча середовище може блокувати це зростання. Люди від природи схильні до доброти, творчості, любові, радості і інших вищих цінностей. Феноменологічний підхід має на увазі також, що ніхто не може по-справжньому зрозуміти іншу людину або її поведінку, якщо він не спробує поглянути на світ очима цієї людини. Феноменологи, таким чином, вважають, що будь-яка поведінка людини, навіть така, яка здається дивною, сповнена сенсу для того, хто її виявляє.

Емоційні порушення відображають блокування потреби в зростанні (у самоактуалізації), викликане спотвореннями сприйняття або недоліком усвідомлення відчуттів. Гуманістична психотерапія ґрунтується на наступних припущеннях:

1. Лікування є зустріч рівних людей («енкаунтер»), а не ліки, що прописуються фахівцем. Воно допомагає пацієнтові відновити своє природне зростання і відчувати, і поводитися відповідно до того, яким він є насправді, а не до того, яким він повинен бути, на думку інших.

2. Поліпшення у пацієнтів настає само по собі, якщо терапевт створює правильні умови. Ці умови сприяють усвідомленості, самоприйняттю і виразу пацієнтами своїх відчуттів. Особливо тих, які вони пригнічували і які блокують їх зростання.

Як і при психодинамічному підході, терапія сприяє інсайту, проте у феноменологічній терапії інсайт — це усвідомлення поточних відчуттів і сприйняття, а не несвідомих конфліктів.

3. Якнайкращий спосіб створення цих правильних (ідеальних) умов — встановлення відносин, при яких пацієнт відчуває безумовне ухвалення і підтримку. Терапевтичні зміни досягаються не унаслідок застосування специфічної техніки, а унаслідок переживання пацієнтом цих відносин.

4. Пацієнти повністю відповідальні за вибір свого образу думок і поведінки.

Найбільш відомими з форм феноменологічної терапії є «клієнт-центрована терапія» Карла Роджерса і «гештальт-терапія» Фредеріка Перлза.

Карл Роджерс практикував психодинамічну терапію в 30-х роках. Але скоро він почав сумніватися в її цінності. Особливо не імпонувало йому бути неупередженим експертом, який «розуміє» пацієнта. Він переконався в тому, що менш формальний підхід ефективніший, і почав використовувати так звану «недирективну терапію», тобто він дозволяв своїм пацієнтам вирішувати, про що говорити і коли, без наряду, оцінки або інтерпретації з боку терапевта. Цей підхід зараз називається «клієнт-центрованою терапією», щоб підкреслити роль клієнта. Фундаментом лікування Роджерса є створення відношення, що характеризується трьома важливими і взаємозв'язаними позиціями («тріада Роджерса»): безумовне позитивне відношення, емпатія, конгруентність.

1. «Безумовне позитивне відношення». Терапевт повинен показати, що він щиро піклується про клієнта, приймає його як людину і довіряє його здібності змінюватися. Це не тільки вимагає готовності слухати клієнта, не перериваючи його, але також і ухвалення того, про що мовиться, без думки і оцінки, незважаючи на те, яким би «поганим» або «дивним» це не здавалося. Терапевтові не потрібно схвалювати все, що говорить клієнт, але він повинен прийняти це як реальну частину оцінюваної людини. Терапевт повинен також довіряти клієнтам в самостійному вирішенні їх власних проблем, отже, він не дає порад. Рада, говорить Роджерс, несе приховане повідомлення про те, що клієнт некомпетентний або неадекватний, — це робить його менш упевненим і більш залежним від допомоги.

2. Емпатія. Багато форм терапії пропонують погляд на пацієнта з боку. Емпатія вимагає внутрішнього погляду, зосередження на тому, що пацієнт може думати і відчувати. Клієнт-центрований терапевт діє не як сторонній спостерігач, який прагне наклеїти діагностичний ярлик на клієнта, а як людина, яка хоче зрозуміти, як виглядає мир з погляду клієнта.

Терапевт передає емпатію, показуючи, що він активно слухає клієнта. Подібно до майстерних інтерв'юєрів, клієнт-центровані терапевти вступають в контакт з клієнтом за допомогою очей, кивають головою, коли пацієнт говорить, і надають інші знаки уваги. Використовується також тактика, звана віддзеркаленням («рефлексією»). Віддзеркалення показує, що терапевт активно слухає, а також допомагає клієнтові усвідомити ті думки і відчуття, які він переживає. Дійсно, більшість клієнтів реагують на емпатичне віддзеркалення пильною увагою до своїх відчуттів.

3. Конгруентність — це узгодженість того, що терапевт відчуває, і того, як він поводить по відношенню до клієнта. Це означає, що безумовне позитивне відношення терапевта і емпатія є справжніми, а не робленими. Переживання конгруентності терапевта

дозволяє клієнтові побачити, можливо вперше, що відвертість і чесність можуть бути основою людських відносин.

Роджерс помічав, що в процесі клієнт-центрованої терапії клієнти стають не тільки упевненішими в собі, але вони починають краще усвідомлювати свої справжні відчуття, приймати себе, триматися комфортніше і природно з іншими людьми, більшою мірою покладатися на власну оцінку, чим на думки інших, і стають продуктивнішими і спокійнішими.

У роботах К. Роджерса виділяється сім етапів терапевтичного процесу, знання і повноцінне використання яких можна віднести до методичної сторони підходу:

1. Заблоованість внутрішньої комунікації (відсутні «Я-повідомлення») або повідомлення особових сенсів, заперечується наявність проблем, відсутнє бажання до змін.

2. Стадія самовираження, коли клієнт починає в атмосфері ухвалення усвідомлювати свої відчуття, проблеми, зі всіма своїми обмеженнями і наслідками.

3-4. Розвиток процесу саморозкриття і ухвалення себе клієнтом у всій своїй складності, суперечності, обмеженості і незавершеності.

Формування відношення до свого феноменологічного світу як до свого, тобто долається відчуженість від свого «Я» і, як наслідок, зростає потреба бути собою.

5. Розвиток конгруентності, самоприйняття і відповідальності, встановлення вільної внутрішньої комунікації. Поведінка і самовідчуття «Я» стають органічними, спонтанними, відбувається інтеграція всього особового досвіду в єдине ціле.

6. Особові зміни, відвертість до себе і миру. Психолог вже стає непотрібним, оскільки досягнута основна мета психокоректувальної роботи. Клієнт знаходиться в стані конгруентності з собою і миром, відкритий новому досвіду, існує реалістичний баланс між «Я»- реальним і «Я»-ідеальним.

Основні компоненти роджерівської психотехніки: встановлення конгруентності, вербалізація, відзеркалення емоцій.

1. Конгруентність, або достовірність, означає необхідність правильного символізування психологом його власного досвіду. Під досвідом розуміються як неусвідомлювані події, так і феномени, що представлені в свідомості і відносяться до певного моменту, а не до деякої сукупності минулого досвіду. Відвертість досвіду означає, що кожен стимул (внутрішній або із зовнішнього середовища) не спотворюється захисними механізмами. Форма, колір, звук з навколишнього середовища або сліди пам'яті з минулого - все це цілком доступно для свідомості. Усвідомлення - це символічна репрезентація деякої частини досвіду.

Коли інформація про дію сенсорних або інших подій в даний момент символізується правильно і включається в «Я-концепцію», тоді виникає стан конгруентності «Я» і досвіду. У відкритій для досвіду особистості «Я-концепції» символізується в свідомості цілком конгруентно з досвідом. Якщо психолог переживає загрозу або дискомфорт у відносинах, а усвідомлює тільки ухвалення і розуміння, то він не буде конгруентним в даних відносинах і корекція не буде повноцінною. Психолог не завжди повинен бути конгруентною особою, достатньо того, щоб кожного разу при безпосередніх відносинах з певним клієнтом він цілком і повністю був би самим собою, зі всіма властивими йому переживаннями даного моменту, правильно символізованими і інтегрованими.

2. Вербалізація. Прийом полягає в переказі психологом повідомлення клієнта. При цьому необхідно використовувати власні слова, уникаючи тлумачення повідомлення або внесення власного бачення проблем клієнта. Мета такого перефразовування - виділення у вислові клієнта найбільш істотного, «гострих кутів». Клієнт також отримує підтвердження тому, що його не тільки слухають, але і чують.

3. Віддзеркалення емоцій. Суть прийому полягає в назві психологом тих емоцій, які клієнт проявляє під час розповіді про себе, подіях свого життя. Процес корекції можна вважати завершеним, коли у клієнта з'являються наступні відносно постійні зміни:

- стає більш конгруентним, відкритим для досвіду, менше удається до захистів і внаслідок цього реалістичніший, об'єктивніший, екстенціональний в сприйнятті;
- ефективніше вирішує свої проблеми;
- поліпшується психологічна пристосованість, наближаючись до оптимальної, зменшується ранимість;
- сприйняття свого «Я»-ідеального стає доступнішим і реалістичнішим;
- унаслідок збільшення конгруентності зменшується тривожність, а також фізіологічна і психічна напруга;
- підвищується ступінь позитивної самооцінки;
- оцінку і вибір сприймає локалізованими усередині себе, довіряє собі;
- стає реалістичнішим, правильніше сприймає оточуючих і оточуючи сприймають поведінку клієнта як більш соціально зрілу;
- відбуваються різні зміни в поведінці, оскільки збільшується частка досвіду, що асимілює в «Я-структуру» і збільшується частка поведінки, яка може бути «привласнена» як належне «Я»;
- поведінка стає більш креативною, більш адаптивною по відношенню до кожної нової ситуації і до кожної знов виникаючої проблеми і окрім цього представляє повніший прояв експресії його власних намірів і оцінок.

Існують і обмеження цієї терапії. Так, існує небезпека надання психологічної допомоги клієнтові без забезпечення умов його особового зростання, тобто наступає ейфорія, що не має реальних підстав. Для психолога також існує небезпека надмірної ідентифікації з особою і переживаннями клієнта. Залишається невирішеним питання про тривалість психокорекційного ефекту і про те, які проблеми може створювати для клієнта перехід від психокоректувальних відносин до реалій повсякденного життя.

Групова психотерапія – метод, заснований на використанні групової динаміки в лікувальній меті. Може використовуватися в різних теоретичних підходах. Направлена не тільки на міжособовий конфлікт, але і на особовий конфлікт пацієнта через аналіз міжособової взаємодії.

Основа – групова динаміка.

Групова динаміка – сукупність усередині групи соціально-психічних процесів і явищ, вчення про силу структури і процесах, які діють в групі.

Група – певна спільність людей з обмеженим числом членів (до 20), близько 8 – 14 осіб, які характеризуються безпосередніми контактами, відносно постійний склад учасників, розподіл ролей.

Елементи групової динаміки.

1. Цілі і завдання групи.

- терапевтичні цілі: розібратися в проблемах кожного члена групи, особове зростання, лікування.
- антитерапевтичні цілі.

На початку роботи терапевт не дає інформацію про цілі і завдання групи. Пропонується обговорити цілі і завдання з погляду кожного члена групи, їх очікування залежно від цілей і завдань.

2. Групові норми – правила усередині групи.

Зазвичай, чітко на початку не декларуються, а виробляються в групі спільно:

- відкритий вираз відчуттів;
- безоціночні думки;
- обов'язковість вислову;
- активність;

- терпимість;
- ухвалення позиції інших.

Норми можуть бути терапевтичними і антитерапевтичними (наприклад, вислови по колу).

3. Структура групи, групові ролі, проблема лідерства.

Структура:

- формальна;
- неформальна.

Ролі:

- альфа позиція – лідер, що імponує групі, спонукаючий до активності;
- бета позиція – експерт, що високо оцінюється групою, розглядає ситуацію, аналізує її, достатньо усунений від групи;
- гамма позиція – пасивний, легко пристосовується, конформіст;
- омега позиція – крайній, відстає від інших по нездатності, відрізняється від останніх.

Лідерство пов'язане з проблемою керівництва, залежності, які відносини з формальним лідером (психотерапевта), за що суперництво.

4. Групова згуртованість.

Привабливість групи для її учасників – важливий елемент групової динаміки: чим вище групова згуртованість, тим ефективніше група стосовно окремого пацієнта.

5. Групова напруга. (Протилежність згуртованості) – відцентрові сили, що розривають групу. Група існує на балансі між згуртованістю і напруженістю. Груповою напруженістю неминуха, але має не тільки негативні функції, але і позитивні:

- чинник, активізуючий зусилля по змінах, стимулятор активності.
- чинник, що проявляє негативні емоції, дозволяє проявляти їх, говорити про них.
- чинник, активізуючий прояви незвичних, але властивих людині стереотипів поведінки.

Груповою напруга сприяє діагностиці негативних емоцій.

При переважанні згуртованості – невисокий психотерапевтичний ефект; при переважанні напруженості – великий ризик розпаду групи. Терапевт повинен підтримувати рівновагу між згуртованістю і напруженістю.

6. Актуалізація колишнього емоційного досвіду.

Дозволяє діагностувати проблему пацієнта і знайти шляхи зміни.

- Ототожнення, проекція своїх переживань на інших учасників групи.

7. Формування підгрупи.

Негативна ознака. Терапевтові слід з'ясувати цілі і завдання підгрупи, причини її виникнення. Обговорення допомагає руйнувати підгрупи.

8. Головні види вербальної комунікації в групі.

При аналізі форми вислову можна вийти на проблеми:

- питання;
- відповіді;
- гіпотези.

9. Процес групової психотерапії.

Фазний характер процесу.

Фаза 1. – орієнтації, пошуку сенсу, пасивного очікування.

Високий рівень напруги в групі:

- індивідуальна складова пов'язана з власними проблемами кожного пацієнта;

- групова складова, оскільки існують значні розбіжності в очікуваннях до психотерапевта (як він повинен поводитися) і тим, як він поводить себе насправді.

Пасивна поведінка пацієнтів. Виявляється в періоди зняття напруги за рахунок неконструктивної активності.

Підфази:

- псевдозгуртованість – за рахунок активних пацієнтів, які беруть на себе роль лідера, драматизація травматичних чинників, нагнітання обстановки; ми хороші, вони погані, мінятися потрібно їм – безвихідь;
- козел відпущення – неконструктивна критика, що виносить роздратування, напруга скидається за рахунок неконструктивної критики в адресу одного з учасників групи.

Фаза 2. – розгальмування агресивності, бунт проти терапевта.

Високий рівень напруги, поведінка учасників групи активніша, афективно заряджена, агресивно настроєна до психотерапевта.

Показник – велика кількість питань до психотерапевта. Або агресія на метод (непряма). У відкриті не говорять про агресію. Думають: або поганий професіонал, або погана людина.

Конструктивне вирішення ситуації – відкритий вираз емоцій по відношенню до психотерапевта і обговорення причин, спонукаючих до агресії, як наслідок – вирішення конфлікту.

У цій фазі зачіпаються основні проблеми особистості:

- проблема відповідальності (перекладання на психотерапевта) – невротичний симптом – спосіб перекласти відповідальність з себе на свій організм;
- взаємини з авторитетами (з батьківською фігурою) - з одного боку бажання привернути увагу психотерапевта, з іншого – емансипація конфлікту з психотерапевтом характерна для інфантильних пацієнтів;
- проблема негативних емоцій – можливість відкрито говорити про це психотерапевтові; реатрибутування негативних емоцій – кому людина приписує випробовувані емоції; за позитивні відчуття відповідаю я, як і за негативні.

Конструктивне завершення фази – відкритий вираз агресії і її переробка.

Фаза 3. – розвиток групових норм.

Різка зміна характеру взаємодії. Формується групова згуртованість, цілі, норми, тобто групова культура.

Фаза 4. – робоча фаза, усвідомлення цілеспрямованої діяльності, вироблення нових форм поведінки.

Активно працююча психотерапевтична група.

Фази 1, 2, 3 – займають до чверті всього часу роботи групи і називаються підготовчими.

Механізми лікувальної дії групової психотерапії.

Чинники, що забезпечують лікувальний ефект:

- переживання;
- усвідомлення;
- навчання.

Шляхи вивчення пацієнта:

- опит пацієнта;
- опит фахівців;
- власні експериментальні дослідження, що дозволяють виявити кореляції між змінними процесу і ефективністю.

Механізми:

1. *повідомлення інформації* – інформація вичленується учасниками побічно в процесі роботи групи, щось доповнює психотерапевт ;

2. *універсальність страждань* – близько стикаючись з проблемами і симптомами інших, учасники групи переконуються, що вони не самотні – вони не гірші за інших, але і не кращі; знімає актуальність переживань, зниження невротичного егоцентризму;

3. *навіювання надії* – клієнти бачать те, що у інших відбуваються позитивні зміни при їх активності – з'являється надія, що вони теж зможуть цього досягти. Особливо це характерно для відкритих груп;

4. *альтруїзм* – люди можуть допомогти один одному і я можу комусь допомогти - підвищення самооцінки;

5. *корегуюча рекапітуляція первинної сімейної групи* – корекція негативних впливів, що йдуть з батьківської сім'ї, в групі – множинна проекція, відтворення у відносинах з психотерапевтом відносин з батьками, з іншими учасниками групи – з іншими членами сім'ї;

6. *міжособове навчання* – спостерігаючи за ефективнішою поведінкою оточуючих, людина набирається нового позитивного досвіду в спілкуванні;

7. *імітація поведінки* – наслідування;

8. *групова згуртованість* – корелює з ефективністю психотерапії, ухвалення пацієнтом групи і навпаки;

9. *катарсис* – емоційне відреагування, очищення;

10. *інтерперсональний вплив* – властивий тільки груповій терапії.

Категорії лікувальної дії можна об'єднати:

1. конфронтація;

2. емоційна підтримка.

У групі повинен підтримуватися баланс між цими двома типами взаємодії. Терапевт привертає свою увагу в ситуаціях порушення балансу – повинен з'ясувати причини порушення.

Основні методи групової психотерапії.

1. Групова дискусія (вербальний):

- інтеракційна орієнтація (аналіз групової динаміки).
- біографічна (аналіз біографії індивіда).
- тематична (аналіз теми).

2. Психодрама (вербальний).

3. Психогімнастика (невербальний) – основний засіб взаємодії – рухова активність, міміка.

4. Проективний малюнок (невербальний).

5. Музикотерапія (невербальний).

Тема 7. Особливості та методи поведінкової терапії.

Мета вивчення: Засвоїти основні уявлення про особливості та методи поведінкової терапії.

Питання до розкриття

1. Теоретичні основи поведінкової терапії.

2. Цілі, вимоги до клієнта та терапевта у поведінковій психотерапії.

3. Особливості методів поведінкової психотерапії.

Поведінкова терапія як систематичний підхід до діагностики і лікування психологічних розладів виникла відносно недавно — в кінці 50-х років минулого століття. На ранніх стадія розвитку поведінкова терапія визначалася як додаток «сучасної теорії навчання» до лікування клінічних проблем. Поняття «сучасної теорії навчання» відносилось тоді до принципів і процедур класичного і оперантного обумовлення.

Теоретичним джерелом поведінкової терапії була концепція біхевіоризму американського зоопсихолога Watson і його послідовників, які зрозуміли величезне наукове значення павловського вчення про умовні рефлекси, але тлумачили і використовували їх механістично. Згідно поглядам біхевіористів, психічна діяльність людини повинна досліджуватися, як і у тварин, лише шляхом реєстрації зовнішньої поведінки і вичерпуватися встановленням співвідношення між стимулами і реакціями організму незалежно від впливу особистості. У спробах пом'якшити явно механістичні положення своїх вчителів необіхевіористи Tolman, Hull і ін. пізніше почали враховувати між стимулами і реакціями у відповідь так звані «проміжні змінні» — вплив середовища, потреб, навиків, спадковості, віку, минулого досвіду і ін., але як і раніше залишали без уваги особистість.

Грунтуючись на теоріях навчання, поведінкові терапевти розглядали неврози людини і аномалії особистості як вираз виробленої в онтогенезі неадаптивної поведінки. Wolpe визначав поведінкову терапію як «застосування експериментально встановлених принципів навчання для цілей зміни неадаптивної поведінки. Неадаптивні звички слабшають і усуваються, адаптивні звички виникають і посилюються». При цьому з'ясування складних психічних причин розвитку психогенних розладів вважалося зайвим. Frank заявляв навіть, що розгляд таких причин мало допомагає лікуванню. Зосередження уваги на їх наслідках, тобто на симптомах хвороби, на думку автора, має ту перевагу, що останні можна безпосередньо спостерігати, тоді як їх психогенне походження уловлюється лише крізь виборчу і спотворюючу пам'ять хворого і упереджених уявлень лікаря. Більш того, Eysenck стверджував, що досить позбавити хворого від симптомів, і тим самим буде усунений невроз.

З роками оптимізм відносно особливої дієвості поведінкової терапії почав всюди слабшати, навіть в середовищі її основоположників. Ramsay писав: «Первинні заяви поведінкових терапевтів щодо результатів лікування були такими, що вражають, але зараз змінилися... Діапазон розладів із сприятливою реакцією на цю форму лікування в даний час невеликий». Інші автори визнавали успішність поведінкових методів переважно при простих фобіях або при недостатньому інтелекті, коли хворий не здатний формулювати свої проблеми у вербальній формі.

Критики ізольованого застосування методів поведінкової терапії бачать основний її дефект в односторонній орієнтації на дію елементарної техніки умовних підкріплень. Американський психіатр Wolberg указував, наприклад, що, коли психопата або алкоголіка постійно карають або відкидають за антисоціальну поведінку, вони і самі каються в своїх вчинках. Проте, на рецидив їх штовхає інтенсивна внутрішня потреба, набагато сильніша, ніж умовно-рефлекторна дія ззовні. Корінний недолік теорії поведінкової терапії полягає не у визнанні важливої ролі умовного рефлексу в нервово-психічній діяльності людини, а в абсолютизації цієї ролі.

У останні десятиліття поведінкова терапія зазнала істотних змін, як за своєю природою, так і по розмаху. Це пов'язано з досягненнями експериментальної психології і клінічної практики. Тепер поведінкову терапію не можна визначити як додаток класичного і оперантного обумовлення. Різні підходи в поведінковій терапії наших днів відрізняються ступенем використання когнітивних концепцій і процедур.

Для поведінкової психотерапії характерне наступне:

- прагнення психолога надати допомогу клієнтам, щоб вони реагували на життєві ситуації так, як хочуть самі, тобто сприяти збільшенню потенціалу їх особистої поведінки або виключенню небажаних способів реагування;
- відсутність вимоги змінити емоційні відносини і відчуття клієнта;
- наявність позитивних відносин між психологом і клієнтом, що є необхідною, але недостатньою умовою ефективної коректувальної дії;
- скарги клієнта розглядаються не як симптоми лежачої за ними проблеми, а як значущий матеріал, на якому фокусуються коректувальні дії;
- психолог і клієнт домовляються про специфічні цілі корекції, що розуміються таким чином, що і клієнт і психолог знають, як і коли ці цілі можуть бути досягнуті.

Цілі терапії. Відповідно до загальної спрямованості біхевіоральної концепції основна мета терапевтичних дій - забезпечення нових умов для навчання, тобто вироблення нової адаптивної поведінки або подолання поведінки, яка стала дезадаптивною. Цілі терапевтичних дій в поведінковій психотерапії формулюються або як навчання новим адаптивним формам поведінки, або як згасання і гальмування суб'єкта дезадаптивних форм поведінки. Приватні цілі можуть включати формування нових соціальних умінь, оволодіння психологічними прийомами саморегуляції, подолання шкідливих звичок, зняття стресу, позбавлення від емоційних травм і так далі.

Позиція психолога. У біхевіоральній психокорекції психолог виступає в чітко певній ролі вчителя, наставника або лікаря. Відповідно до фіксованої ролі він повинен бути готовий прийняти на себе вантаж соціально-психологічної моделі, зразка для наслідування, яким він виступає в очах клієнта, а також усвідомлювати специфіку захисного механізму ідентифікації, що грає для клієнта важливу роль, в біхевіоральній психокорекції.

Вимоги і очікування від клієнта. Роль психолога носить чітко фіксований характер. Так само чітко визначається і роль клієнта. Заохочується активність, свідомість в постановці цілей, бажання співпрацювати з психологом і імпровізації з новими формами поведінки. Найважливішим моментом виступає вироблення готовності до застосування нових форм поведінки. Оскільки терапії піддається в основному поведінка, то і завданням психокоректувальної діяльності виступає формування оптимальних поведінкових навиків. А психічні розлади різного типу розглядаються як форми неадаптивної поведінки.

Особливості методів поведінкової психотерапії.

1. Методика «негативної дії». У її основі лежить парадоксальне припущення, що від нав'язливої негативної звички можна позбавитися, якщо свідомо багато разів повторювати її. Згідно павловському принципу згасання умовний стимул без підкріплення веде до зникнення (згасання) умовного рефлексу. К. Денлап запропонував прийом позбавлення від нав'язливих рухів, тиків, деяких форм заїкання, який полягав в тому, що людині пропонувалося свідомо відтворювати небажані реакції 15-20 разів підряд.

Якщо під час бесіди психолога з клієнтом (тема бесіди - вільна) у клієнта з'являється небажана реакція, бесіда уривається і поновлюється тільки після того, як клієнт багато разів свідомо відтворить весь комплекс реакцій. Так, клієнтові із заїканням рекомендують спеціально заїкатися, багато разів (15-20 разів) повторюючи слово або фразу, які викликають утруднення. Клієнтові з нав'язливими рухами пропонують по 10-15 хв. спеціально повторювати цей рух.

Перша зустріч триває близько 30 хв., подальші - до 1 години. Частота зустрічей - 2-3 рази на тиждень. При високому авторитеті психолога ефективність методики підвищується.

2. Методики формування поведінки. Методика застосовується для поетапного моделювання складної поведінки, яка не була раніше властива людині. Складається ланцюжок послідовних кроків, оволодіння якими приводить до кінцевої мети - засвоєння нової програми поведінки. У цьому ланцюжку найбільш важливим є перший елемент, який повинен бути чітко диференційований, а критерії оцінки його досягнення повинні бути гранично ясними. Перший елемент достатньо пов'язаний з кінцевою метою вправи, від оволодіння їм залежить успіх всієї програми, оскільки саме він направляє всю поведінку в потрібне русло.

Для полегшення оволодіння першим елементом бажаного стереотипу поведінки необхідно створити такі умови, при яких це відбудеться швидше і найлегше. Зокрема, використовується різноманітне підкріплення (як матеріальне, так і соціальне - схвалення, похвала і ін.). Наприклад, при навчанні дитини навикам самостійного одягання першим елементом може бути залучення уваги до яскравого одягу.

«Федінг» (загасання) - це поступове зменшення величини підкріплюючих стимулів. При достатньо сформованому стереотипі поведінки клієнт повинен реагувати на мінімальне підкріплення колишнім чином. «Федінг» широко застосовується в коректувальній роботі зі страхами. Один з варіантів методики полягає в тому, що як стимули на початку використовуються слайди із зображенням лякаючого об'єкту або лякаючої ситуації. Відразу услід за пред'явленням стимульних слайдів клієнтові демонструють слайди, що викликають заспокоєння. Таке чергування продовжується до тих пір, поки істотно не знизиться рівень тривоги, що викликається появою лякаючого об'єкту.

«Федінг» грає важливу роль при переході від вправ в ситуації психокорекції (спільно з психологом) до вправ, здійснюваних в реальному повсякденному оточенні, коли підкріплюючі стимули виходять вже не від психолога, а від інших людей.

Варіантом вербального або невербального підкріплення, що підвищує у клієнта рівень уваги і фокусування на бажаному стереотипі поведінки, може бути спонука. Підкріплення може виражатися в демонстрації цієї поведінки, прямих інструкціях, що центруються на потрібних діях, об'єктах дії і так далі.

3. Методики, засновані на принципах позитивного і негативного підкріплення. Позитивне підкріплення - пред'явлення стимулу, що викликає у клієнта позитивно забарвлену емоційну реакцію, посилення певних поведінкових реакцій.

Негативне підкріплення - видалення стимулу, що викликає негативно забарвлену реакцію і тому також приводить до посилення певних поведінкових реакцій.

Нейтральні стимули - це стимули, які не надають дії на поведінку.

«Позитивне підкріплення». Поведінка людини направляє і формує підкріплюючі стимули, які можуть бути безумовними і придбаними (умовні підкріплюючі стимули).

Безумовні стимули (їжа, вода, певний рівень сенсорної стимуляції і ін.) викликають природжені реакції, не залежать від попереднього навчання, і їх підкріплююча сила залежить від періоду депривації і зростає при її збільшенні.

Умовні підкріплюючі стимули формуються в процесі навчання і носять в більшості випадків соціальний характер (увага, похвала, ласка, схвалення, визнання, позитивна оцінка, слава і так далі).

Аналіз конкретного випадку, наприклад появи у дитини реакцій істеричного типу, дозволяє виявити ситуації, в яких відбувається посилення або почастищення таких реакцій. Як правило, це ситуації, в яких дитина виявляється в центрі уваги. Спостереження за поведінкою дитини дозволяє оцінити значення інших підкріплюючих стимулів.

На підставі отриманих даних формулюється конкретна гіпотеза про характер підкріплюючого стимулу. «Виключення» підкріплюючого стимулу дозволяє перевірити гіпотезу. Проте необхідно мати на увазі, що після видалення підкріплюючого стимулу завжди існує певний період, протягом якого небажана поведінка зростає як по частоті, так і по силі прояву. В цей час дитина «вичавлює» з оточуючих потрібний їй підкріплюючий стимул, а оточуючі не витримують «атаки» і зазвичай йдуть їй назустріч. Тому робота в рамках даної методики будується на основі широкого залучення до коректувальної роботи найближчого оточення клієнта.

«Контроль стимулу». Методика переслідує цілі навчити клієнта:

1. Ідентифікувати стимули дискримінантів і виявляти умови, що збільшують підкріплення небажаної поведінки, і уникати їх. Наприклад, встановлення зв'язку різних ситуацій з їжею (в цілях контролю за вагою) - їжа під час випадкових зустрічей із знайомими, їжа при прогляданні телевізора, їжа під час прогулянки і так далі - з подальшим виключенням цих стимулів, тобто їжа тільки у визначеному місці і в певний час.

2. Укріплювати стимули, пов'язані з бажаною поведінкою. Наприклад, складання списку продуктів і блюд, що мають низьку калорійність, і навчання клієнта певним правилам використання списку. Так, щоденний письмовий облік калорійності спожитих продуктів дозволяє бути ще більш послідовним в досягненні мети.

3. Маніпулювати періодом депривації, не доводячи його до рівня втрати контролю.

Механізм дії методики будується на положенні про те, що зв'язок між деякими стимулами і реакціями на них носить достатньо жорсткий характер. Поява стимулу дозволяє точно передбачити відповідь, тому, контролюючи умови появи стимулів і попередніх реакцій, можна добиватися зміни поведінки з меншими витратами часу і сил, чим контролюючи результати самої поведінки.

Події, передуючі поведінці, групують таким чином:

- дискримінантні стимули, пов'язані у минулому з певним підкріпленням;
- полегшуючі стимули, що викликають певну поведінку. Наприклад, нова зачіска і новий стиль одягу можуть сприяти появі бажання спілкуватися;
- умови, що збільшують силу підкріплення (звичайно це період депривації якої-небудь потреби, наприклад період голоду).

«Оцінка відповідей». Методику називають також методикою «штрафів». Суть її зводиться до зменшення числа позитивних підкріплень за небажану поведінку. Програма складається так, щоб зменшення певних позитивних підкріплень (а в методиці використовується тільки позитивне підкріплення) не могло бути легко замінено іншими позитивними підкріпленнями.

«Покарання». Методика полягає у використанні негативного (аверсивного) стимулу відразу за реакцією, яку необхідно загасити. До аверсивного обумовлення вдаються у випадках антисоціальної поведінки або шкідливих для організму звичок (куріння, алкоголізм, ожерливість). В протилежність систематичній десенсибілізації цей метод полягає в поєднанні неприємної дії або неприємного стану з ситуацією, яка зазвичай приносить задоволення. Наприклад, якщо всякий раз, коли п'яниця піднесе стакан з алкоголем до рота, він отримуватиме удар електричним струмом, то мабуть, що задоволення, яке він раніше отримував від алкоголю, сильно ослабіє, а після декількох повторень такого досвіду - зникне зовсім, і зміниться умовно-рефлекторною огидою до випивки.

У методиці покарання використовуються переважно соціальні стимули, такі як висміювання, засудження, негативна оцінка поведінки і ін., якщо хворобливі стимули є практично загальними і надають дію практично стовідсотково, то дія соціальних стимулів специфічно індивідуальна.

Методика ефективна при дотриманні наступних умов:

1. Дотримання певного тимчасового інтервалу між реакцією і стимулом. Ефект спостерігається, якщо негативний стимул застосовується безпосередньо (з інтервалом від десятих доль секунди до декількох секунд) після у відповідь реакції. Якщо застосування стимулу запізнюється, його ефективність починає швидко зменшуватися.

2. Використання певної схеми застосування негативного стимулу. На першому етапі ефективніше придушення небажаної поведінки досягається за допомогою постійного застосування негативного стимулу і лише через деякий час можна переходити до непостійної схеми згашення.

3. Наявність в поведінці клієнта альтернативних відповідних реакцій. Ця умова стосується згашення тільки тієї поведінки, яка має цілеспрямований характер. В цьому випадку оскільки мета зберігає своє значення для клієнтів, а наявний в репертуарі стереотип її досягнення виявляється заблокованим, то за відсутності інших «бажаних» стереотипів поведінки це часто викликає агресію або інші форми деструктивної поведінки.

Все це обмежує сферу використання даної методики.

До переваг поведінкової психотерапії можна віднести нетривалість, що дозволяє контролювати ефекти, що викликаються нею. Методи поведінкової терапії широко застосовуються при різних формах деструктивної поведінки: курінні, алкоголізмі, фобіях, заїканні і так далі.

Тема № 8: Основні положення та методи когнітивної психотерапії.

Мета вивчення: Засвоїти основні уявлення про положення та методи когнітивної психотерапії.

Питання до розкриття

1. Теоретичні основи когнітивної психотерапії.
2. Основні правила когнітивної психотерапії.
3. Практика та прикладні аспекти когнітивної психотерапії.

Початок когнітивної терапії зв'язується з діяльністю Джорджа Келлі. Як експеримент Келлі почав варіювати інтерпретації, які він давав пацієнтам, в рамках самих різних психодинамічних шкіл. Виявилось, що пацієнти однаково приймають пропонувані ним принципи і повні бажання змінити своє життя у згоді з ними. Келлі прийшов до висновку, що ні фрейдівський аналіз дитячих конфліктів, ні навіть вивчення минулого як такого не мають вирішального значення. На думку Келлі, інтерпретації Фрейда виявлялися ефективними, оскільки вони розхитували звичний для пацієнтів спосіб мислення і надавали їм можливість мислити і розуміти по-новому.

Успіхи клінічної практики при самих різних теоретичних підходах, згідно Келлі, пояснюються тим, що в процесі терапії відбувається зміна того, як люди інтерпретують свій досвід і як вони дивляться на майбутнє. Люди стають депресивними або тривожними, тому що потрапляють в пастку ригідних, неадекватних категорій власного мислення. Наприклад, деякі люди вважають, що авторитетні фігури завжди мають рацію, тому будь-яка критика з боку авторитетної фігури діє на них гнітюче. Будь-яка техніка, що приводить до зміни цього переконання, будь вона заснована на теорії, яка пов'язує таке переконання з едиповим комплексом, із страхом втрати батьківської любові або з потребою в духовному керівнику, буде ефективна. Келлі вирішив створити техніку для безпосередньої корекції неадекватних способів мислення. Він прийшов до висновку, що серцевиною неврозів є неадаптивне мислення. Проблеми невротика лежать в справжніх способах мислення, а не у минулому. У завдання терапевта входить з'ясування неусвідомлюваних категорій мислення, які приводять до страждань, і навчання новим способам мислення.

Келлі був одним з перших психотерапевтів, які прагнули безпосередньо змінювати мислення пацієнтів. Ця мета лежить в основі багатьох сучасних терапевтичних підходів, які об'єднуються поняттям когнітивна терапія. На теперішньому етапі розвитку психотерапії когнітивний підхід в чистому вигляді майже не практикується: всі когнітивні підходи більшою чи меншою мірою використовують поведінкову техніку.

У експериментальних роботах в області когнітивної психології, зокрема досліджень Піаже, були сформульовані ясні наукові принципи, які можна було застосувати на практиці. Навіть вивчення поведінки тварин показувало, що треба брати до уваги їх когнітивні можливості для розуміння того, як у них відбувається навчання.

Під впливом ідей Піаже Бек концептуалізував проблеми депресивного пацієнта: події асимілюються в негативистичну, абсолютистську когнітивну структуру, результатом чого є відхід від дійсності і соціального життя. Піаже також учив, що діяльність і її наслідки мають силу змінювати когнітивну структуру. Це привело Бека до складання терапевтичної програми, яка використовувала деякі з інструментів, розроблених поведінковими терапевтами (самоконтроль, ролева гра, моделювання, домашні завдання і ін.).

Іншим прикладом є раціонально-емотивна терапія Альберта Елліса. Елліс виходить швидше з феноменологічної позиції, що тривога, відчуття провини, депресія і інші психологічні проблеми викликаються не психотравмуючими ситуаціями як такими, а тим, як люди сприймають ці події, що вони думають про них. Елліс говорить, наприклад, що ви турбуєтеся не через те, що провалилися на іспиті, а тому, що вважаєте, що провал — це нещастя, яке указує на вашу нездатність. Як і в когнітивній терапії А. Бека, в раціонально-емотивній терапії Елліса багато уваги приділяється поведінковій техніці, зокрема домашнім завданням.

Отже, новий етап в розвитку поведінкової терапії знаменується трансформацією її класичної моделі, заснованої на принципах класичного і оперантного обумовлення, в когнітивно-поведінкову модель. Мішенню «чистого» поведінкового терапевта є зміна поведінки; мішенню когнітивного терапевта — зміна в сприйнятті себе і навколишньої дійсності. Когнітивно-поведінкові терапевти визнають і те і інше: знання про себе і мир впливають на поведінку, а поведінка і її наслідки впливають на уявлення про себе і мир.

Когнітивно-поведінкові терапевти, як і їх попередники, не цікавляться минулим або причинами невротичних розладів. Вони говорять, що ніхто не знає справжніх причин, а крім того, не доведено, що знання причин має відношення до зцілення. Якщо хворий приходить до лікаря з переломом кістки, в завдання лікаря входить його виправлення, а не вивчення умов, які привели до нього.

Цілями когнітивної психотерапії є:

- виправлення помилкової переробки інформації;
- допомога клієнтам в зміні переконань, які підтримують неадаптивну поведінку і неадаптивні емоції.

Позиція психолога. Позиція психолога досить директивна, він - вчитель, наставник.

Метою когнітивної терапії є виправлення неадекватних когніцій, а разом з тим усвідомлення правил неадекватної обробки інформації і заміна їх правильними. Вважається вельми бажаним використовувати той досвід, який є у клієнта, в позитивному вирішенні життєвих завдань і перенесення правил їх рішення на проблемні сфери. Клієнт і психолог повинні на самому початку досягти згоди відносно мети терапії — центральної проблеми, належній корекції, засобів її досягнення, можливої тривалості психотерапії. Встановлення контакту може початися з ухвалення терапевтом деяких уявлень клієнта про проблему з поступовим раціональним перекладом його на позиції когнітивної психотерапії.

На початковому етапі важливим є зведення проблем — ідентифікація проблем, що мають в основі одні і ті ж причини, і їх угруповання. Іншим варіантом є знаходження першої ланки в «ланцюзі» симптомів, який і запускає весь ланцюг.

Завдання наступного етапу — усвідомлення і вербалізація неадаптивних когніцій, що спотворюють сприйняття реальності. Термін «неадекватна когніція» застосовується до будь-якої думки, що викликає неадекватні або хворобливі емоції і що утрудняє вирішення якої-небудь проблеми. Консультант може запропонувати клієнтові зосередитися на думках або образах, що викликають дискомфорт в проблемній ситуації або схожих з нею. Неадаптивні когніції носять характер «автоматичних думок», що виникають без попереднього міркування і для клієнта самого тих, що мають характер правдоподібних, таких, що не ставляться під сумнів. Вони направляють його вчинки, хоча є мимовільними і не привертають його уваги. Сфокусувавшись, клієнт може розпізнати їх і зафіксувати. Неодноразове наближення або занурення в ситуацію дозволяє спочатку усвідомити, зібрати їх, а згодом вже представити в розгорненому вигляді.

Після етапу навчання клієнта умінню ідентифікувати свої неадаптивні когніції потрібно навчити його розглядати їх об'єктивно. Цей процес називається в когнітивному консультуванні віддаленням. Клієнт розглядає свої неадаптивні когніції і автоматичні думки як відособлені від реальності окремі психологічні явища. Віддалення важливе, тому що, по-перше, допомагає клієнтові підвищити здатність розмежувати ті думки, які треба обґрунтувати і неспростовні факти, а по-друге, дозволяє здійснити диференціацію (розрізнення) зовнішнього світу і своє відношення до нього.

Наступний етап умовно отримав назву етапу зміни правил регуляції поведінки. Згідно когнітивної психотерапії, люди для регуляції свого життя і поведінки інших використовують правила (розпорядження, формули). Ця система правил в значній мірі зумовлює позначення, тлумачення і оцінку подій. Правила регуляції поведінки, що носять абсолютний характер, спричиняють за собою регуляцію поведінки, що не враховує реальної ситуації, викликаючи проблеми у людини; тому клієнтові необхідно модифікувати ці правила, зробити їх гнучкішими, менш генералізованими і більше враховують реальність. Зміст правил регуляції поведінки обертається навколо двох осей: небезпека – безпека і біль – задоволення. Добре адаптована людина володіє достатньо гнучким набором правил, що дозволяють співвідносити їх з реальністю. У ситуаціях психологічної або психосоціальної загрози оцінити наявний ступінь ризику скрутно.

Наприклад, людина, що керується правилом «Якщо я не опинюся на висоті, буде жахливо», випробовує утруднення в спілкуванні із-за неясного визначення поняття «Бути на висоті», і з цією ж невизначеністю пов'язана її оцінка ефективності взаємин з партнером. Свої припущення про невдачу клієнт проектує на сприйняття його іншими. Завдання терапевта — змінити правила, що відносяться до осі небезпеки/безпеки, відновивши порушений контакт з ситуацією.

Приклад, що відноситься до осі болу–задоволення: людина слідує правилу «Мені не стати щасливою, якщо я не буду знаменитою». Тут гіпертрофоване переслідування одних цілей наносить збиток іншим. Клієнт прирікає себе на ігнорування інших сфер своїх відносин на догоду правилу. Виявивши таку позицію, психолог допоможе йому усвідомити збитковість такого правила, і пояснить, що клієнт був би куди щасливіше, якщо керувався реалістичнішими правилами (які клієнт повинен знайти сам за допомогою психотерапевта).

Зміна відношення до правил саморегуляції, навчання клієнта бачити в думках гіпотези замість фактів, перевіряти їх істинність і замінювати на гнучкіші — це наступне завдання психотерапії. Психолог використовує вже наявні «ресурси» клієнта (тобто навички продуктивного вирішення завдань в інших сферах), а потім вже допомагає узагальнити і перенести їх на проблемну сферу.

Приклад: депресії і неврози. Когнітивна психотерапія виходить з припущення, що депресія або невроз є наслідком ірраціонального і нереалістичного мислення. Відчуття і

поведінка людини у високому ступені залежать від її думок, переконань і уявлень. А. Елліс і А. Бек називають це когніціями. Думки можна розділити на декілька груп: описові (дескриптивні), оцінні, причинно-наслідкові (каузативні) і приписуючі (прескриптивні). Всі вони жорстко зв'язані між собою, утворюючи свого роду систему життєвих правил, жити по яких означає неминуче бути нещасним. Згідно А. Беку, перелік цих невротичних правил (своєрідний «моральний кодекс невротика») може бути наступним:

Щоб бути щасливим, я повинен бути удачливим у всіх своїх починах.

Щоб відчувати себе щасливим, мене повинні любити (приймати, захоплюватися) усі і завжди.

Якщо я припускаюся помилки, значить, я дурний.

Якщо я не досяг вершини, значить, я потерпів поразку.

Як чудово це — бути відомим, багатим, популярним, і як жахливо бути звичайною, посередньою людиною.

Моя цінність як особистості визначається тим, що думають про мене інші.

Я не можу жити без любові. Якщо мій начальник (дружина, дитина, коханка) мене не любить, то означає, що я ні на що не придатний.

Якщо хтось зі мною не погоджується, значить, він/вона мене не любить.

Звідси виходить, що події самі по собі мало означають, справжні відчуття викликають лише думки і оцінки людини. Вона відчуває те, що вона думає з приводу сприйнятого нею. При цьому вони також можуть суперечити один одному — а людина все одно відчуває себе нещасною.

Абсолютистське, догматичне мислення лежить в основі депресивного сприйняття миру. Невротик як би закриває очі на позитивні сторони навколишнього світу і власного життя і бачить лише негативні. Елліс проводить чітку межу між тими емоціями, які він називає «адекватними негативними емоціями» (смуток, образа, страх, печаль, досада, жаль і гнів) і невротичними, депресивними переживаннями. Із його точки зору, люди природно засмучуються в тих випадках, коли їх плани або наміри не збуваються, коли оточуючі оцінюють їх нижче, ніж слід, коли вони хворіють або втрачають близьких людей.

Ще одна причина депресії — це специфічне самовідношення, при якому людина схильна сильніше карати себе за прорахунки, чим хвалити за успіхи, або коли отримана нею похвала виглядає менше, ніж заслужена. Сама по собі самокараюча поведінка може сприйматися як вольова, мужня або як така, що виховує характер, але для того, щоб прагнення до самопокарання стало переходом в невротичну депресію, необхідний несвідомий (і ірраціональний) перехід від спостереження, побажання до розпорядження і оцінки. Наприклад: «Я бачу, як жахливо бути (низькорослим, товстим, бідняком з вищою освітою, провінціалом)» і тому подібне.

Також люди впадають в депресію, гнів або лють в тих випадках, коли в їх житті мало несподіваних радощів, успіхів і випадкових успіхів і особливо якщо, із їхньої точки зору, сусідові або суперникові «везе більше». Дефіцит позитивного підкріплення, якщо говорити в термінах біхевіоризму, створює ту напругу, яка може розрядитися в будь-якому негативному емоційному стані. З погляду М. Селігмана и Л. Абрамсона, в основі невроту може лежати передбачення прийдешніх неприємностей. При цьому є схильність приписувати негативним зовнішнім подіям внутрішні, стабільні і глобальні причини, а все ж таки якщо відбувається щось хороше, то тільки випадково, і до того ж швидко проходить. Нереалістичні очікування прийдешніх катастроф особливо характерні для нашого нестабільного часу.

Підсумовуючи, можна відзначити, що в когнітивній терапії депресія і неврот розглядаються як продукт наступних життєвих установок:

– у особистості склалася негативна самооцінка разом з переконанням, що не можна мати серйозних недоліків, інакше ти будеш ні на що не придатним, недоречним і неадекватним;

- людина песимістично дивиться на своє оточення; вона абсолютно переконана в тому, що воно повинно бути значно кращим, а якщо не виходить — це жахливо;
- майбутнє сприймається в похмурому світлі, неприємності неминучі, а неможливість стати щасливішим робить життя безглуздим;
- низький рівень самосхвалення і висока схильність до самоосуду поєднуються з уявленням про те, що особистість зобов'язана бути досконалою і повинна діставати схвалення від інших, а інакше вона не заслуговує хорошого відношення до себе і повинна бути покарана;
- очікування неприємностей припускає їх неминучість і те, що людина якось зобов'язана справлятися з ними, а якщо цього не відбувається, значить, вона гірша за всіх.

Практика та прикладні аспекти когнітивної психотерапії.

1. Метод «Фіксованої ролі». В ході терапевтичної взаємодії клієнтові пропонують (на основі відповідних прийомів) подивитися на світ очима іншої людини і поводитися відповідно. Клієнт за допомогою психолога активно експериментує з ролями гіпотетичних персонажів, що приймаються. Істотною особливістю є те, що ролева гра розгортається не в спеціальних умовах, а в реальному житті клієнта.

Для того, щоб з'ясувати, як клієнт структурує свій образ «Я» в рамках своєї системи особових конструктів, психолог просить клієнта написати невелику п'єсу, в якій він був би головною дійовою особою. Такий прийом дозволяє отримати цілісний образ особистості клієнта, а не просто набір хороших і поганих якостей, що характеризують клієнта.

Психолог уточнює, який сенс вкладає клієнт у використовувані ним слова, як враховує свій життєвий досвід в спробах підтримати «Я-концепцію» і як він бачить розвиток свого «Я» в майбутньому.

Потім психолог пропонує клієнтові написати твір: дати самому собі характеристику очима іншої людини, яка добре знає клієнта. Цей інший і стане тим персонажем, роль якого надалі розігруватиме клієнт.

Після того, як твір написаний, клієнта просять уявити, що він буде тимчасово відсутній (наприклад, виїде у відпустку), а його місце займе персонаж, в якого йому треба буде постаратися перевтілитися. Для цього клієнтові необхідно спробувати уявити собі у всіх подробицях, що той міг говорити, думати, робити, відчувати і навіть які він міг би бачити сни.

Проаналізувавши характеристику клієнта з погляду основних чинників, які він використовував для самоопису, психолог готує сценарій розігрованої ролі.

Пропонована клієнтові роль повинна включати, як мінімум, одну характеристику, протилежну його самоопису. Вона може бути вибрана на основі використовуваної самим клієнтом полярності: наприклад, в самоописі клієнт використовує конструкт «обережний – агресивний» або клієнтові пропонується характеристика, яка ніколи навіть не приходила йому в голову і яку йому нелегко інтегрувати в існуючу систему конструктів.

На думку Д. Келлі, клієнтові може бути корисно проаналізувати наслідки невідомої йому до цих пір поведінки, зігравши роль, створену на основі нового конструкта. Д. Келлі наполягав на тому, щоб пропонована роль розігрувалася саме за умови її розуміння в світлі теорії особових конструктів. Клієнт повинен діяти в рамках ролі з урахуванням поглядів інших людей і концентрувати увагу не тільки на поведінці оточуючих, але і на відмінності точок зору.

Психолог виходить з того, що мета ролевої гри полягає не в «викорінюванні» особистості клієнта і заміні її новою особистістю (тому недопустима пряма критика або сумніви в цілісності особистості клієнта), а в розумінні того, що розіграна роль відноситься до гіпотетичної особистості, створеної як протилежність особистості клієнта. Виконуючи роль, клієнт перевіряє гіпотезу про свою особистість, сформульовану спільно

з психологом. Проте оскільки клієнт ніколи не припускав, що існують альтернативи його особистості, то йому важко погодитися з тим, що остання - гіпотетичний конструкт і все, що клієнт випробовував і переживав раніше, було різними наслідками властивої йому поведінки. Приймаючи нову, придуману роль, клієнтові легко розглядати її як гіпотезу.

Під час «репетицій» психолог може виконувати ролі значущих для клієнта людей або обмінюватися ролями з самим клієнтом. Д. Келлі вважав цей обмін особливо важливим, вважаючи, що тим самим клієнт намагається реконструювати погляди інших людей. Останнє - необхідна передумова успішної ролевої взаємодії. Психолог повинен зуміти показати клієнтові, як приватні гіпотези можуть бути використані як основа для структуризації взаємодій між ним і іншими людьми і для інтерпретації результатів цієї взаємодії.

Розігруючи різні ситуації із значущими людьми, клієнт починає поступово усвідомлювати, що він може успішніше експериментувати з міжособовими відносинами, використовуючи свою власну поведінку як «незалежну змінну», тобто його поведінка може виступати як змінна в будь-якій ситуації, яка потенційно знаходиться під контролем і може систематично управлятися.

Поступово з придбанням нових навиків клієнт може виявити, що він здатний викликати у свого соціального оточення саме ті реакції, які і мав намір викликати. Клієнт стає дослідником в нескінченній програмі, в якій він за допомогою власної поведінки ставить все нові і нові питання і в якій єдиною незалежною змінною у всіх експериментальних ситуаціях є його власна поведінка.

В кінці психокоректувальної роботи (в цілому вона триває 1-2 тижня) клієнтові дозволяється повернутися до властивої йому раніше ролевої поведінки. «Повернувшись» в своє колишнє «Я» клієнт обговорює з психологом придбаний досвід.

На закінчення психолог передає клієнтові відповідальність за оцінку придбаного ним досвіду і за те, що він згодом зробить з урахуванням цього нового досвіду. Д. Келлі стверджував, що клієнт не повинен намагатися грати запропоновану йому роль надалі, навіть якщо експеримент був дуже вдалим. Завданням для клієнта стає конструювання своєї власної особистості в нових і нових серіях експерименту, які можуть продовжуватися все життя.

Граючи роль нової особистості з новим поглядом на себе і інших - спочатку наодинці з психологом, а потім в реальному житті - клієнт переконується, що багато побоювань, лежачих в основі його проблем, марні і безпідставні і він здібний до нової конструктивної поведінки.

2. «Підйом по сходах». Техніка дозволяє клієнтові вивчити ієрархію конструктів. Якщо клієнт вважає за краще користуватися конструктами, що підпорядковують, то психолог ставить йому питання: «Чому? Чим краще для вас грати ролі, що підпорядковують?» Обговорення конструктів за допомогою питань, що починаються зі слова «чому», схоже на своєрідний підйом вгору по сходах.

3. «Складання піраміди». Ця техніка дуже схожа на техніку «Підйом по сходах», але психолог замість питання «чому?» ставить питання «як?». Процедура складання піраміди є своєрідним рухом «вниз», до конкретизації опису поведінки унаслідок дії того або іншого конструкта, а «Підйом по сходах» є рухом «вгору», до пошуку ширшого мотиву, який запускається питанням «чому?», тобто до виявлення абстрактнішого конструкта.

4. «АВС-модель». Дана техніка полягає в тому, що клієнта просять охарактеризувати кожен полюс досліджуваного конструкта. Наприклад, у жінки є надмірна вага. Психолог ставить їй наступні питання: «Які переваги у неї є унаслідок надмірної ваги? Які мінуси привносить в її життя велика вага?» Відповідаючи на питання, поставлені так само, клієнт має можливість визначити межі дії конструкта і зробити спроби для його перебудови.

Тема № 9: Проблема ефективності терапії: критерії та методи оцінки.

Мета вивчення: Засвоїти основні уявлення про критерії та методи оцінки ефективності психотерапії.

Питання до розкриття

1. Чинники, що визначають ефективність психотерапії.
2. Очікування клієнта.
3. Готовність клієнта до співпраці.
4. Специфіка дії конкретних методів психотерапії.

Чинники, що визначають ефективність психотерапії.

1. Очікування клієнта.
2. Значення для клієнта звільнення від наявних проблем.
3. Характер проблем клієнта.
4. Готовність клієнта до співпраці.
5. Очікування психолога, що здійснює психотерапію.
6. Професійний і особовий досвід психолога.
7. Специфічна дія конкретних методів психотерапії.

У міру розповсюдження психологічної допомоги питання про оцінку її ефективності стає все більш актуальним. Це відноситься як до тимчасових аспектів роботи психолога (швидка і ефективна дія), так і до якості терапевтичної роботи. Для того, щоб можна було говорити про зіставність результатів психотерапевтичної дії, необхідно пам'ятати наступне:

- оцінка ефективності психотерапії вимагає чіткого визначення методів. У практиці часто дуже важко виділити якийсь один метод, оскільки в терапевтичних цілях більшість психологів використовують поєднання різних методів;

- навіть один і той же метод в руках фахівців різної кваліфікації дає різні результати. Для зіставної оцінки ефективності вивчення ефективності повинне проходити на гомогенному матеріалі, причому група клієнтів повинна формуватися як випадкова вибірка, що є вельми скрутним з практичної і етичної точок зору;

- оцінку роботи повинні давати незалежні експерти, незалежні фахівці, при цьому доцільно, щоб експерт не був би обізнаний про метод, що застосовується, що виключало б можливий вплив на його оцінку власних уявлень про метод;

- слід враховувати структуру особистості психолога, ступінь вираженості у нього якостей, необхідних для прогнозування успішності дії;

- необхідно порівнювати безпосередні і віддалені результати психотерапевтичної дії (це особливо важливо при особово-орієнтованій дії); необхідно враховувати теоретичні передумови психолога, що впливають на його професійні цілі і завдання, а також відношення психолога до професії і його уявлення про свої професійні якості;

- при груповій формі роботи необхідно враховувати професійні можливості психолога, направлені на використання своїх індивідуальних якостей для оптимізації психотерапевтичної дії, оптимальний рівень активності психолога при роботі з групою, його об'єктивне значення залежно від фази розвитку групи.

Який би змістовний критерій ефективності не аналізувався, у будь-якому випадку мова йде про наступні групи змінних, що характеризують психотерапевтичну дію:

- зміни, що суб'єктивно-переживаються клієнтом, на внутрішньому світі;

- об'єктивно реєстровані (експертом, спостерігачем) параметри, що характеризують зміни в різних модальностях миру людини;

- стійкість змін в подальшому (після дії) житті людини. При оцінці ефективності дії можуть використовуватися об'єктивні психофізіологічні методи, реєструючі вегетативно-соматичні, фізіологічні і психічні функції. Пошук критеріїв ефективності

психотерапії завжди вимагатиме урахування своєрідності механізмів порушень, використовуваних методів дії і тих цілей, які прагнуть реалізувати з їх допомогою.

Очікування клієнта.

Ефективність коректувальної дії може бути оцінена з точки зору:

- а) розв'язання реальних труднощів розвитку;
- б) постановки цілей і завдань терапевтичної програми.

Необхідно пам'ятати, що ефекти психотерапевтичної роботи виявляються впродовж достатнього тривалого тимчасового інтервалу: в процесі роботи, до моменту завершення і так далі. Так, психотерапія може не претендувати на повне вирішення труднощів розвитку, а ставити вужчу мету в обмеженому тимчасовому інтервалі.

Оцінка ефективності терапії може мінятися залежно від того, хто її оцінює, оскільки позиція учасника терапевтичного процесу значною мірою визначає підсумкову оцінку її успішності.

Наприклад, для клієнта основним критерієм успішності своєї участі в програмі буде емоційне задоволення від занять і зміна емоційного балансу в цілому на користь позитивних відчуттів і переживань.

Для психолога, відповідального за організацію і здійснення терапевтичної програми, головним критерієм оцінки стане досягнення поставлених в програмі цілей.

Для осіб з оточення клієнта ефективність програми визначатиметься ступенем задоволення їх запиту, мотивів, що спонукали звернутися за психологічною допомогою, а також особливістю усвідомлення ними проблем і завдань, що стоять перед ними, безпосередньо пов'язаних з проблемами клієнта.

Аналіз чинників і умов, що впливають на ефективність психотерапевтичної роботи, показав, що істотне значення для досягнення запланованого ефекту має інтенсивність терапевтичних заходів.

Психотерапевтичні заняття повинні проводитися не менше 1 разу на тиждень тривалістю 1-1,5 години. Інтенсивність терапевтичної програми визначається не тільки тривалістю часу занять, але і насиченістю їх змісту, різноманітністю використовуваних ігор, вправ, методів, техніки, а також мірою активної участі в заняттях самого клієнта.

На успішність терапевтичної роботи впливає пролонгованість дії. Навіть після завершення роботи бажані контакти з клієнтом з метою з'ясування особливостей поведінки, збереження колишніх або виникнення нових проблем в спілкуванні, поведінці і розвитку. Бажано здійснювати контроль і спостереження кожного випадку хоч би протягом 1-2 місяців після завершення терапевтичних заходів.

Ефективність психотерапії істотно залежить від часу здійснення дії. Чим раніше виявлені відхилення і порушення в розвитку, чим раніше почата робота, тим більше вірогідність успішного розв'язання труднощів розвитку.

3. Готовність клієнта до співпраці.

1. Щоб оцінити ефективність психотерапії, потрібно, перш за все, чітко визначити метод, за допомогою якого вона здійснюється. У практичній же роботі частіше мовиться про психотерапію взагалі, не про один, а про групу методів, різні їх комбінації — раціональної психотерапії і гіпнозу, гіпнозу і аутогенного тренування і т.д., оскільки твердження в практиці роботи психотерапевта інтеграційного підходу сприяє все більш широкому застосуванню поєднань різних методів.

2. При кваліфікованому використанні того або іншого методу повинна бути дотримана певна техніка. Очевидно, що це одночасно вимога до якості підготовки, досвіду, кваліфікації психотерапевта, що не завжди враховується.

3. Число пацієнтів, що лікуються за допомогою даного методу, повинне бути статистично значущим. В той же час при використанні деяких систем психотерапії мова йде частіше про окремих пацієнтів, які піддавалися багатомісячній або навіть багаторічній дії психотерапії.

4. Вивчення ефективності лікування краще проводити на гомогенному матеріалі. Зазвичай же досліджують групи людей, що включають первинних пацієнтів і тих, кому донині не допомагали ніякі інші методи лікування і так далі.

5. Група пацієнтів, що створюється для оцінки ефективності психотерапії, повинна формуватися методом випадкової вибірки. З етичної точки зору це можливо у тому випадку, коли число клієнтів свідомо перевищує реальні можливості забезпечити їх психотерапевтичною допомогою. Оцінка ефективності психотерапії не повинна проводитися тією особою, яка здійснює терапію, тут необхідний незалежний спостерігач. Це вимога дуже важлива, оскільки при цьому елимінується вплив на оцінку відношення пацієнта до терапевта; можна припускати, що клієнт буде щиріше оцінювати ефективність лікування.

6. Необхідно враховувати особистість клієнта, ступінь вираженості у нього рис, особливостей, відомих як прогностично сприятливі або несприятливі для проведення психотерапії.

7. Має значення установка клієнта на той або інший вид психотерапії, сформована у нього, зокрема, попередніми зустрічами з психотерапевтами і тими або іншими методами психотерапії.

8. В цілях об'єктивності необхідне порівняння безпосередніх і віддалених результатів лікування. Ця умова особливо важлива, коли мова йде про оцінку ефективності застосування особово-орієнтованої (реконструктивною) психотерапії.

9. Число повторно досліджених клієнтів в катамнезі по відношенню до всього контингенту тих, що проходили терапію повинно бути репрезентативним; таких людей повинно бути не менше 90% від загального їх числа.

10. Оцінка в катамнезі повинна виходити не тільки від психолога, незалежного оцінювача (об'єктивні дані), але і від самого клієнта (суб'єктивні показники).

11. Необхідно враховувати особливості життя клієнта після закінчення терапії, можливі впливи (позитивні або негативні) на результат терапії найближчого оточення (сім'я, виробництво і т.д.).

12. Для об'єктивного катамнезу необхідна своя контрольна група клієнтів, оскільки зміни в стані клієнтів, що лікуються за допомогою психотерапій, могли з часом відбуватися і поза лікуванням.

13. Повинні бути враховані ті цілі і завдання, обумовлені клінічною специфікою захворювання і теоретичними передумовами, які прагнув реалізувати психотерапевт за допомогою вживаного ним методу.

Специфіка дії конкретних методів психотерапії.

Перелік можливих передумов, потрібних для об'єктивної оцінки ефективності психотерапії, можна було б продовжити. Наприклад, при створенні гомогенних порівнюваних груп важливо враховувати місцевість, з якої прибув на терапію клієнт (ступінь інтеграції в ній психотерапії, популярності психотерапевтів і т.д.).

У психотерапевтичній практиці урахування всіх цих моментів скрутне, проте психотерапевт повинен пам'ятати про значення їх при вирішенні завдань, пов'язаних з об'єктивною оцінкою ефективності того або іншого психотерапевтичного методу.

У міру все більшого використання методу групової психотерапії здавалося, що вже сам по собі зовнішній, «відкритіший» характер лікування в групі, що припускає взаємодію щодо великої кількості учасників, на відміну від «камерності» діадного контакту «психолог — клієнт», надає можливості спостереження, наслідки якого впливають на перебіг психотерапевтичного процесу в набагато меншому ступені, чим при індивідуальній психотерапії.

В той же час в плані оцінки ефективності психотерапії відмічені переваги стосовно групової психотерапії в значній мірі нейтралізуються тим, що розширення діапазону інтерперсональної взаємодії в умовах групи серйозно ускладнює можливості контролю над змінними, що вивчаються. Ще важливіша та обставина, що включення в цей процес

групи як соціально-психологічній цілісності спричиняє за собою необхідність урахування ряду якісно нових змінних, іманентних групі як такий і відсутніх в діадному контакті. Додаткові труднощі обумовлені тим, що групова психотерапія є в першу чергу процесом лікувальним, отже, оцінка його кінцевих результатів має завжди індивідуалізований характер. Вона нерозривно пов'язана з клінічною оцінкою змін, що відбуваються в людині, і внаслідок цього вимагає аналізу трьох аспектів — клінічного, індивідуально-психологічного і соціально-психологічного.

Визнання цього нерозривного зв'язку ставить під сумнів обґрунтованість і доцільність прийнятого розділення робіт в цій області на дослідження процесу і ефективності психотерапії. Аналіз літератури останніх років, присвяченої вивченню групової психотерапії, показує, що в більшості випадків результати, отримані дослідниками, не зіставлені між собою. Причиною цього є не тільки відмінності в теоретичних підходах авторів до розуміння ними цілей, завдань і механізмів терапевтичного процесу, але і, в першу чергу, недостатньо чітке визначення критеріїв ефективності, а отже, недостатньо обґрунтований вибір змінних, що вивчаються. Цей розрив між процесуальною і результативною сторонами групової психотерапії веде до того, що дослідженню піддаються або параметри, довільно встановлені авторами відповідно до їх теоретичної орієнтації, або феномени, що є об'єктом традиційного аналізу в соціальній психології, терапевтична значущість яких, проте, спеціально не вивчається. Як простий приклад можна вказати на проблему чисельності і складу терапевтичної групи. Прийнято вважати (відповідно по даними соціальної психології малих груп), що оптимальною кількістю є 10—12 осіб і що група повинна бути гетерогенною в усіх відношеннях, окрім нозологічного складу. Проте в літературі відсутні вказівки, чи для всякого пацієнта такі умови є оптимальними. Те ж саме можна сказати про тематику групових дискусій, тип активності, характер інтеракції і ін.

Не підлягає сумніву, що вибір критеріїв ефективності психотерапії найбезпосереднішим чином визначається її цілями, у свою чергу витікаючими з прийнятої теоретичної концепції. Більшою мірою це відноситься до оцінки ефективності особово-орієнтованих систем психотерапії.

На переконання переважної більшості фахівців, один лише критерій симптоматичного поліпшення не є надійним при визначенні безпосередньої ефективності і стійкості психотерапії, хоча клінічне симптоматичне поліпшення, що суб'єктивно переживається клієнтом (і в міру можливості об'єктивно реєстроване) є, поза сумнівом, важливим критерієм оцінки ефективності психотерапії. Клінічний досвід із застосуванням широких катамнестических даних переконливо свідчить про необхідність залучення для оцінки ефективності психотерапії певних соціально-психологічних критеріїв. До них відносяться: ступінь розуміння пацієнтом психологічних механізмів хвороби і власної ролі у виникненні конфліктних і травмуючих ситуацій, зокрема в розвитку своїх неадаптивних реакцій; зміни у відносинах і установках; поліпшення соціального функціонування і ін.

Критерії ефективності психотерапії повинні задовольняти наступним умовам. По-перше, достатньо повно характеризувати зміни, що наступили, в клінічній картині і адаптації пацієнта з урахуванням трьох площин розгляду терапевтичної динаміки: 1) соматичної, 2) психологічної і 3) соціальної. По-друге, вони повинні не тільки дозволяти проводити оцінку з погляду об'єктивного спостереження, але і включати суб'єктивну оцінку з позицій самого пацієнта. І, по-третє, ці критерії повинні бути достатньо незалежні один від одного.

Для оцінки ефективності особово-орієнтованої (реконструктивною) психотерапії при неврозах використовуються декілька критеріїв, які до деякої міри розглядаються і як показники глибини лікування. При проведенні психотерапії на першому етапі досягається певний ступінь розуміння хворим зв'язку між наявною симптоматикою і невротичним конфліктом, між симптоматикою і власними проблемами. Очікуваний ступінь розуміння

хворим психологічних механізмів його захворювання прийнятий як перший з додаткових соціально-психологічних критеріїв оцінки ефективності лікування. На наступному етапі психотерапії перебудовуються відносини хворого, унаслідок чого він набуває великої здібності до сприйняття нового реального досвіду і адекватніших способів реагування. Зазвичай ця перебудова захоплює сферу не тільки міжособових відносин, але і відношення хворого до самого собі, приводячи до зменшення розриву між ідеальними і реальними уявленнями про себе. Об'єктивно реєстровані (спостережувані оточенням) параметри, що характеризують ступінь відновлення порушених відносин особи, тобто зміни в поведінці, в контактах з людьми, життєвих планах, цілях, розглядаються як другий критерій. На останньому етапі психотерапії відбувається реалізація хворим нового досвіду, нових стерео типів поведінки, перебудованих відносин. Це приводить до нормалізації соціального функціонування хворого на роботі, в суспільстві, в сім'ї. Як третій критерій використовується суб'єктивно і об'єктивно (зокрема катамнестически) визначуваний ступінь нормалізації соціального функціонування в різних сферах діяльності.

Зростає інтерес до розробки критеріїв і методів оцінки ефективності психотерапії при ряду інших захворювань. Так, Гузіков пропонує оцінювати ефективність психотерапії (зокрема, в груповій формі) при алкоголізмі за допомогою наступних чотирьох критеріїв: ступінь подолання пацієнтом анозогнози: це і нездатність визнати себе хворим алкоголізмом, і небажання лікуватися, і т.д.; ступінь об'єктивності оцінки хворим своїх особових особливостей, здатність до відновлення самоповаги і др.; ступінь соціально-психологічної реадаптації, яка визначається характером відновлення порушених сімейних, виробничих і інших відносин пацієнта; тривалість ремісії. Автором підкреслюється велика надійність оцінки ефективності психотерапії при алкоголізмі з урахуванням використання всіх вказаних критеріїв.

У випадках застосування експериментально-психологічних методик для оцінки ефективності психотерапії виходять із звичайної для психодіагностики принципу відмінності вибірки хворих від нормальної вибірки, а також з того, що але мірі поліпшення стану пацієнтів психологічні показники їх наближаються до норми. Тому основна увага акцентується на різниці середніх показників психологічних методик, отриманих на початку, в процесі і в кінці лікування. При тривалій (протягом місяців, а іноді і років) терапії динамічно вивчаються за допомогою тих же психологічних методик і контрольні групи хворих, що не піддавалися лікувальній дії.

При оцінці ефективності психотерапії хворих невротиками, психічними і іншими захворюваннями можуть використовуватися відносно об'єктивніші психофізіологічні методи. Встановлено, що поліпшенню стану хворого супроводить нормалізація (або тенденція до неї) психофізіологічної реактивності, обумовлена перебудовою його відношення до раніше патогенним умовам і діям. Для визначення ефективності переважно симптоматичних психотерапевтичних методів реєструються зміни вегетативно-соматичних, фізіологічних і психічних функцій.

Очевидно, що необхідність обліку відмічених вище передумов, критеріїв, результатів досліджень за допомогою адекватних цим критеріям методів (а кінець кінцем — безліч найрізноманітніших змінних) для оцінки ефективності психотерапії створює майже непереборні труднощі при вирішенні цієї проблеми. Певний вихід багато авторів бачать в можливостях, що відкриваються при використанні все більш складних програм багатовимірної статистики із застосуванням сучасної комп'ютерної техніки. В той же час не припиняються спроби ретельного аналізу окремих спостережень, зокрема в процесі групової психотерапії, розробки спеціальної методології такого аналізу, також з використанням складних статистичних методів.

При всій труднощі оцінки ефективності психотерапії подальша розробка теоретичних і практичних аспектів цієї проблеми завжди вимагатиме обліку своєрідності

природи, клініки і механізмів розвитку хвороби, використовуваних методів лікування і тих цілей, які прагнуть реалізувати з їх допомогою.

Література:

Основна література:

1. Ахмедов Т. И., Жидко М. Е. Психотерапия в особых состояниях сознания: История, теория, практика. — Харьков; М., 2000. — 243 с.
2. Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. — М.; Киев, 1997. — 278 с.
3. Байер О. О. Життєві кризи особистості: навч. посібник / О. О. Байер. — Д.: Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. — 244 с.
4. Зубалий Н.П. Основы психотерапии: учеб. пособие / Н.П. Зубалий, А.М. Лёвочкина. — К. : МАУП, 2001. — 160 с.
5. История психоанализа в Украине / Сост. И. И. Кутько, Л. И. Бондаренко, П. Т. Петрюк. — Харьков, 1996.
6. Каліна Н. Ф. Психотерапія : підручник / Н. Ф. Каліна. — К. : Академвидав, 2010. — 288 с. (Серія «Альма-матер»).
7. Кокун О.М. К 59 Психофізіологія. Навчальний посібник. - К: Центр навчальної літератури, 2006. - 184 с.
8. Сугестивні технології маніпулятивного впливу : навч. посіб. / [В.М. Петрик, М.М. Присяжнюк, Л.Ф. Компанцева, Є.Д. Скулиш, О.Д. Бойко, В.В. Остроухов]; за заг. ред. Є.Д. Скулиша. — 2-ге вид. — К.: ЗАТ «ВІПОЛ», 2011. — 248 с.
9. Психотерапия как невербальная практика : [коллективная монография / А. С. Кочарян, И. А. Кочарян, М. Е. Жидко, Н. Н. Терещенко, А. М. Лисеная, Л. П. Роголева, С. А. Кочарян; под ред. д. психол. н., проф. А. С. Кочаряна]. — Харьков : ХНУ имени В.Н. Каразина, 2014. — 260 с.
10. Каліна Н.Ф. Психотерапія: підручник. /Н.В. Каліна. — К.: Академвидав, 2010.

Допоміжна література:

11. Віденєєв І.О. До питання дослідження специфіки оцінювання дійсності в структурі ставлення до світу у осіб зі специфічним розладами особистості. / І.О. Віденєєв, Т.О. Перевозна А.М. Большакова, О.М. Харцій // Науковий вісник херсонського державного університету. Серія Психологічні науки. Випуск 3.— Херсон. 2018. Т.№2. — С. — 210-214.
12. Глива Є. Вступ до психотерапії: навч. посіб. /Є.Глива. — Острогор — Київ: Острозька академія, Кондор, — 2009. — 532с.
13. История психоанализа в Украине / Сост. И. И. Кутько, Л. И. Бондаренко, П. Т. Петрюк. — Харьков, 1996.
14. Психотерапевтичний практикум. Класичний психоаналіз / [ред.-упоряд. З.С.Карпенко]. — Івано-Франківськ : Гостинець, 2004. — Вип. 1. — 60 с.
15. Стюарт Р. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия / Пер. Д. В. Полтавца. — Харьков, 1999.
16. Юнг К.Г. Душа и миф: шесть архетипов / Юнг К.Г. ; п ер. с англ. — К. : Государственная библиотека Украины для юношества, 1996. — 384с.

Інтернет-ресурси:

Законодавство України — <https://rada.gov.ua/news/zak>

Наукова періодика України — <http://nbuv.gov.ua/taxonomy/term/334> —

Електронні підручники онлайн «Педагогіка і психологія» — <http://chitalka.info/psy.html>.

Вісник психології і соціальної педагогіки — <http://psych.kiev.ua/nma-referats/fla-refers/lang-1/referat-109/referatpart-4/index.html> —.

БД Освіта. ua. — <http://osvita.ua/school/psychology>.

Мета – українська пошукова система. — <http://www.meta-ukraine.com>.

Пошукова система Google. — <http://www.google.com>.