

Східноєвропейський національний університет  
імені Лесі Українки

**М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна**

# **ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ**

*Навчальний посібник*

Видання третє

Луцьк  
Вежа-Друк  
2017

УДК 615.851(075.8)

ББК 53.57я73

М 93

*Рекомендовано до друку вченою радою  
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки  
(протокол № 12 від 28 травня 2014 р.)*

**Рецензенти:**

**Кочарян О. С.**, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психотерапії та психологічного консультування Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

**Ложкін Г. В.**, доктор психологічних наук, професор кафедри педагогіки та психології Національного технічного університету України “КПІ”.

**Мушкевич М. І.**

М 93 Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. – Вид. 3-тє. – Луцьк : Вежа-Друк, 2017. – 420 с.

ISBN 948-966-940-059-8

У посібнику розкрито актуальні питання основних напрямів немедичної психотерапії як професійної діяльності й процесу психологічної допомоги. Представлено класичні напрями психотерапії, такі як психоаналіз, поведінкова, клієнт-центрована, тілесна, інтерперсональна психотерапія, гештальт-терапія та інші. Сучасні напрями психотерапевтичного знання розкрито з чотирьох точок зору (суть психотерапії, генеза неврозу, техніки психотерапії й результат психотерапевтичного впливу).

Книга адресована студентам, викладачам, практичним психологам, психоконсультантам і психотерапевтам, а також іншим зацікавленим особам.

**УДК 615.851(075.8)**

**ББК 53.57я73**

ISBN 9948-966-940-059-8

© Мушкевич М. І., Чагарна С. Є., 2017

© Маліневська І. П. (обкладинка), 2017

## Зміст

<b>Вступ .....</b>	<b>8</b>
<b>Розділ 1. Теоретичні основи психотерапії .....</b>	<b>10</b>
1.1. Історія розвитку і сучасні етапи психотерапії. ....	10
1.2. Суть поняття психотерапії. ....	15
1.3. Види, підходи та методи психотерапії.....	20
1.4. Етапи психотерапевтичного процесу.....	24
1.5. Етичні принципи психотерапевта. ....	28
1.6. Основні скарги клієнта. ....	34
Висновки .....	37
Питання для самоконтролю .....	37
Література .....	38
<b>Розділ 2. Психодинамічна психотерапія.....</b>	<b>41</b>
2.1. Суть психодинамічної психотерапії. ....	41
2.2. Генеза неврозу. ....	47
2.3. Техніки психоаналізу.....	57
2.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	62
Висновки .....	68
Питання для самоконтролю .....	69
Література .....	69
<b>Розділ 3. Аналітична психотерапія.....</b>	<b>73</b>
3.1. Суть аналітичної психотерапії.....	73
3.2. Генеза неврозу. ....	79
3.3. Техніки аналітичної психотерапії. ....	82
3.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	88
Висновки .....	89
Питання для самоконтролю .....	90
Література .....	90
<b>Розділ 4. Індивідуальна психотерапія.....</b>	<b>94</b>
4.1. Суть індивідуальної психотерапії. ....	94
4.2. Генеза неврозу. ....	101
4.3. Техніки індивідуальної психотерапії.....	106
4.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	111
Висновки .....	112
Питання для самоконтролю .....	113
Література .....	114

<b>Розділ 5. Характерологічний аналіз К. Хорні.....</b>	<b>117</b>
5.1. Суть характерологічного аналізу К. Хорні. ....	117
5.2. Генеза неврозу. ....	120
5.3. Техніки характерологічного аналізу. ....	124
5.4. Результат психотерапевтичного впливу. ....	126
Висновки .....	127
Питання для самоконтролю .....	128
Література .....	129
<b>Розділ 6. Гуманістичний психоаналіз Е. Фромма.....</b>	<b>132</b>
6.1. Суть гуманістичного психоаналізу Е. Фромма.....	132
6.2. Генеза неврозу. ....	139
6.3. Техніки гуманістичного психоаналізу.....	143
6.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	145
Висновки .....	146
Питання для самоконтролю .....	147
Література .....	147
<b>Розділ 7. Інтерперсональна психотерапія Г. Саллівена.....</b>	<b>150</b>
7.1. Суть теорії міжособистісних відносин. ....	150
7.2. Генеза неврозу. ....	155
7.3. Техніка теорії інтерперсональних відносин .....	157
7.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	159
Висновки .....	159
Питання для самоконтролю .....	160
Література .....	160
<b>Розділ 8. Психотерапевтичний процес у руслі аналізу Е. Берна ....</b>	<b>163</b>
8.1. Суть теорії трансактного аналізу. ....	163
8.2. Генеза неврозу. ....	168
8.3. Техніки трансактного аналізу. ....	171
8.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	177
Висновки .....	178
Питання для самоконтролю .....	179
Література .....	179
<b>Розділ 9. Характерологічний аналіз В. Райха .....</b>	<b>182</b>
9.1. Суть характерологічного аналізу В. Райха .....	182
9.2. Генеза неврозу. ....	185

9.3. Техніки характерологічного аналізу.....	187
9.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	191
Висновки .....	191
Питання для самоконтролю .....	192
Література .....	192
<b>Розділ 10. Біоенергетичний аналіз О. Лоуена.....</b>	<b>195</b>
10.1. Суть біоенергетичного аналізу.....	195
10.2. Генеза неврозу.....	201
10.3. Техніки біоенергетичного аналізу.....	205
10.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	213
Висновки .....	214
Питання для самоконтролю .....	215
Література .....	215
<b>Розділ 11. Когнітивна психотерапія .....</b>	<b>218</b>
11.1. Суть когнітивної психотерапії .....	218
11.2. Генеза неврозу.....	225
11.3. Техніки когнітивної психотерапії.....	231
11.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	233
Висновки .....	235
Питання для самоконтролю .....	237
Література .....	237
<b>Розділ 12. Гештальт-терапія .....</b>	<b>240</b>
12.1. Суть гештальт-терапії.....	240
12.2. Генеза неврозу.....	245
12.3. Техніки гештальт-терапії.....	250
12.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	258
Висновки .....	261
Питання для самоконтролю .....	262
Література .....	263
<b>Розділ 13. Клієнт-центрована психотерапія .....</b>	<b>266</b>
13.1. Суть клієнт-центрованої психотерапії.....	266
13.2. Генеза неврозу.....	271
13.3. Техніки клієнт-центрованої психотерапії.....	274
13.4. Результат психотерапевтичного впливу.....	280
Висновки .....	282

Питання для самоконтролю .....	284
Література .....	285
<b>Розділ 14. Поведінкова психотерапія .....</b>	<b>288</b>
14.1. Суть поведінкової психотерапії.....	288
14.2. Генеза неврозу. ....	293
14.3. Техніки поведінкової психотерапії. ....	295
14.4. Результат психотерапевтичного впливу. ....	300
Висновки .....	302
Питання для самоконтролю .....	302
Література .....	303
<b>Розділ 15. Позитивна психотерапія .....</b>	<b>305</b>
15.1. Суть позитивної психотерапії.....	305
15.2. Генеза неврозу. ....	311
15.3. Техніки позитивної психотерапії. ....	313
15.4. Результат психотерапевтичного впливу. ....	318
Висновки .....	319
Питання для самоконтролю .....	320
Література .....	320
<b>Розділ 16. Психодрама .....</b>	<b>323</b>
16.1. Суть психодрами. ....	323
16.2. Генеза неврозу. ....	331
16.3. Техніки психодрами.....	334
16.4. Результат психотерапевтичного впливу. ....	340
Висновки .....	341
Питання для самоконтролю .....	344
Література .....	344
<b>Розділ 17. Символдрама .....</b>	<b>346</b>
17.1. Суть символдрами.....	346
17.2. Генеза неврозу. ....	351
17.3. Техніки символдрами. ....	355
17.4. Результат психотерапевтичного впливу. ....	363
Висновки .....	365
Питання для самоконтролю .....	366
Література .....	366

<b>Розділ 18. Арт-терапія .....</b>	<b>368</b>
18.1. Суть арт-терапії. ....	368
18.2. Види арт-терапії. ....	373
18.3. Техніки арт-терапії. ....	381
18.4. Результат психотерапевтичного впливу. ....	384
Висновки .....	384
Питання для самоконтролю .....	385
Література .....	386
<b>Розділ 19. Сімейна психотерапія .....</b>	<b>388</b>
19.1. Суть сімейної психотерапії. ....	388
19.2. Напрями сімейної психотерапії. ....	391
19.3. Техніки сімейної психотерапії. ....	398
19.4. Результат психотерапевтичного впливу. ....	403
Висновки .....	403
Питання для самоконтролю .....	404
Література .....	404
<b>Розділ 20. Інші види психотерапії .....</b>	<b>406</b>
20.1. Групова психотерапія. ....	406
20.2. Короткотривала психотерапія. ....	412
Висновки .....	415
Питання для самоконтролю .....	416
Література .....	416
<b>Висновки .....</b>	<b>418</b>

## Вступ

Навчальна дисципліна “Основи психотерапії” базується на сучасних досягненнях психології, медицини і вирішує завдання теоретичної та практичної підготовки студентів до роботи в галузі практичної психології. Навчальний посібник має чітко структурований виклад предмету “Основи психотерапії” з акцентами на поняттях суті двадцяти психотерапевтичних напрямів, методах, засобах розв’язання основних скарг осіб, які потребують психологічної допомоги.

У посібнику є 20 розділів, кожен з яких характеризується специфічною для кожного із психотерапевтичних напрямів інформацією щодо суті психотерапевтичного процесу, розуміння причин виникнення генези неврозу. Студентам пропонуються для ознайомлення психотерапевтичні техніки й мотиви з метою подальшого їх використання на практичних та лабораторних заняттях. У кінці кожного розділу надається інформація щодо завершального етапу роботи з клієнтом відповідно до його “психологічного одужання”.

Цінним для студентів є виділені завдання до кожного параграфу, які містять не лише теоретичні пункти, але й стимулюють студента творчо підходити до їх вирішення з метою випробування власних сил під час психотерапевтичних ситуацій. Систематичне використання посібника сприятиме формуванню та закріпленню навичок самостійної роботи студентів із рекомендованою літературою.

Освітня мета навчального посібника містить:

- систему знань про теоретико-методологічні основи психотерапії, її місце в системі психологічних дисциплін;
- чітке уявлення про понятійний апарат психотерапії;
- ознайомлення студентів із теоретичним матеріалом, який стосується різноманітних сучасних найбільш популярних напрямів психотерапії, з метою вибору того напрямку, який викликає в студента найбільший інтерес, використання тих технік і методів роботи, які є найбільш доступними і зрозумілими;
- розвиток умінь та навичок аналізу генези неврозу та психологічних механізмів їх утворення.

Унаслідок вивчення навчальної дисципліни “Основи психотерапії” студенти повинні знати предмет, завдання, історію розвитку науки психотерапії, основні засади психотерапії як науки,



що вивчає загальні закономірності розвитку психічних порушень, методи та техніки комплексного психологічного впливу на емоції, свідомість людини, її поведінку при різних нервових, соматичних, психічних порушеннях.

Студенти повинні уміти застосовувати отримані знання у практичній діяльності, здійснювати оцінку психічного та психосоматичного стану особистості, використовувати методи та техніки психотерапії з метою психотерапевтичного лікування психоемоційних станів осіб, які звертаються за психологічною допомогою.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧІ ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

## 1.1. Історія розвитку і сучасні етапи психотерапії

З історико-культурної позиції в психотерапевтичних школах і течіях виділяють дві основні групи: релігійно-магічну і емпірико-наукову [7, с.7].

**Релігійно-магічна психотерапія** виникла на зорі розвитку людської культури. Сьогодні вона домінує в більшості мало розвинутих країнах, але знаходить прихильників і в розвинутих країнах.

**Емпірико-наукова психотерапія** своїм корінням іде до вчень Гіппократа. Формування емпірико-наукової психотерапії почалося з середини XVIII ст. і пов'язане з діяльністю австрійського лікаря-психіатра Ф. А. Месмера (1734-1815), який розглядав свій метод лікування як наукове застосування "тваринного магнетизму". Він досить успішно лікував людей, які страждали різними хворобами – як психічними, так і соматичними. Ф. А. Месмер вважав, що планети випромінюють магнетичні флюїди, які впливають на здоров'я людини, а порушення рівноваги у флюїдах викликає хвороби. Процес лікування, за Ф. А. Месмером, полягав у передачі флюїдів від лікаря до хворого. Група пацієнтів збиралася навколо наповненого водою чана з безліччю ручок, за які треба було триматися. Ф. А. Месмер торкався жезлом чана, ніби передаючи свої флюїди. У той час хворі починали сміятися, плакати, деякі навіть галюцинували. Після таких сеансів в окремих хворих відзначалося поліпшення стану. Лікар вважав, що пацієнти видужують внаслідок дії тваринного магнетизму, породжуваного водою, яка текла ручками чана. Проте міжнародна комісія фахівців, що вивчала цей метод лікування, встановила, що пацієнти Ф. А. Месмеравиліковувалися внаслідок застосування навіювання і звинуватила лікаря-психіатра в шарлатанстві. Проте вчені, які входили до складу комісії, не звернули уваги на те, що люди в групах поведуться відповідно до певних психологічних законів і що групи, як такі, можуть надавати лікувальну дію. Крім того, як показали подальші дослідження, такі лікувальні дії, у тому числі навіювання, можуть давати реальний лікувальний ефект. І хоча теорія Ф. А. Месмера була визнана неспроможною, вона поклала початок розвитку гіпнопсихотерапії [7,

с.7]. Ефект терапії Ф. А. Месмера часто пояснюють тим, що в “магнетичній” ситуації хворий регресує до конфліктів свого раннього дитинства. Відчуття, які 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, діарею, знепритомлення і т.д.). В основі магнетичної терапії лежить відігравання (“acting out”), що здатне розрядити викликану симптомом емоцію.

А. Пюісегюр (1751-1825), учень Ф. А. Месмера, зробив крок щодо розуміння терапевтичних взаємовідносин, відкривши “магнетичний сомнамбулізм”. Його метод дозволяв уникати конвульсивних криз. Навіть впадаючи в стан пасивної покірності, хворий не втрачав здатності розмовляти з лікарем. Залишаючись флюїдистом, А. Пюісегюр (Puusegur, 1785) надавав велике значення бажанню пацієнта вилікуватися, враховуючи його особистість [19; 20].

Подальший значний внесок в історію розвитку психотерапії вніс видатний австрійський лікар-психіатр і психолог З. Фрейд (1856-1939), який є фундатором психоаналізу. На початку своєї лікувальної діяльності він застосовував гіпноз у роботі з пацієнтами, але надалі З. Фрейд відійшов від гіпнозу, як засобу проникнення до забутих переживань, що лежать в основі неврозу, і почав шукати інші, більш ефективні шляхи дослідження і лікування неврозів. Він знайшов їх в тлумаченні сновидінь, вільних асоціацій, малих і великих психопатологічних проявів: надмірно підвищеній або зниженій чутливості, рухових розладах, обмовках, забуваннях тощо. Так було встановлено початок психодинамічної теорії в психотерапії, яку надалі розвивали учні і послідовники З. Фрейда – А. Адлер, А. Фрейд, К. Юнг [7, с.7].

В кінці 30-х рр. ХХ ст. на основі класичного психоаналізу З. Фрейда утворився напрям, в подальшому названий неофрейдизмом. Яскравими представниками цього напрямку є Е. Еріксон, Х. Саллівен, К. Хорні, Е. Фромм.

В 40 – 50-х рр. ХХ ст. база емпірико-наукової психотерапії поповнилася психотерапевтичними підходами, заснованими на вченнях І. Павлова і Б. Скінера – біхевіористської, або поведінкової психотерапії.

70-ті рр. ХХ ст. відомими новітніми течіями в психотерапії – когнітивна і гуманістична психотерапія, що почали інтенсивно

розвиватися і втілюватися в практику. Когнітивна психотерапія спрямована на розв'язання проблем людини за допомогою корекції порушень розуміння (когніцій). Гуманістична психотерапія звеличує людину, заохочує до максимального повного дослідження унікальності і універсальності природи кожної людини, реалізації її потенціалу в соціумі [7, с.8].

Слід також відзначити, що починаючи з Ф. Месмера і до середини ХХ ст. емпірико-науковою психотерапією займалися лікарі: спочатку неврологи, пізніше психіатри. Надалі до них приєдналися психіатричні соціальні працівники, а потім клінічні психологи, і лише останнім часом психотерапією стали займатися люди, що мають класичну психологічну освіту [7, с.8].

Психотерапія на теренах України бере свої початки в ХІХ ст. та розвивалася під впливом вчень про гіпноз. Важливу роль відіграли: робота А. А. Токарського “Терапевтичне використання гіпнозу” (1890 р.) [1] та праці В. М. Бехтерева, Ю. В. Канабіха, Є. Н. Довбня, Л. І. Платонова, В. М. Мясіщева та ін. З 20-х р. ХХ ст. психотерапія почала розвиватися в рамках психоневрології та психіатрії. У 20-30-ті рр. ХХ ст. психотерапія в СРСР за рядом причин відійшла на другий план, поступившись першістю біологічним дисциплінам. Окрім того, в СРСР психотерапія завжди була прерогативою лікаря. Однак і донині психолог не може одержати ліцензію Мінохорони України на здійснення психотерапевтичної допомоги населенню. Разом з тим, психологи здійснюють таку допомогу, але під іншими іменами – психоаналіз, психокорекція, психопрофілактика і т.д. Дискримінація психолога стосовно психотерапії в Україні має певні історичні коріння та традиції і різко відрізняється від становища психолога у всіх розвинених країнах світу (Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян) [3, с. 7].

В СРСР, як зазначають Л. Ф. Бурлачук та О. С. Кочарян, психотерапія використовувалася, в основному, у клініці неврозів, у курортології при комплексному лікуванні ряду соматичних захворювань, а також у наркології. Три кафедри психотерапії інститутів вдосконалення лікарів (Москва, Ленінград, Харків) вели підготовку психотерапевтів. Разом з тим в переліку лікарських спеціальностей, спеціальність психотерапевта довгий час була відсутньою. З другої половини 80-х років у районних поліклініках створюються кабінети психотерапії. Поступово лікарська психотерапевтична практика розширює свої межі і починає

використовуватися в системі підготовки, психопрофілактики та реабілітації спортсменів, в ряді інших видів професійної діяльності, пов'язаних з нервово-психічною напругою. Взагалі, на використання закордонних підходів і технік психіатрії накладалась ідеологічна заборона, і, більше того, вони розглядалися як такі, які неспроможні допомогти. Зрозуміло, сфера психотерапевтичної практики лікаря визначалася соціокультурним контекстом. Якщо до початку 60-х рр. в у радянській психології особистість як така не розглядалася, то про психотерапію особистості мова взагалі не йшла. Психотерапія існувала як психотерапія симптомів. Винятком була особистісно-орієнтована патогенетична психотерапія, що розвивалася в концепції відносин В. Н. Мясіщева [3, с. 7-8].

Тільки в середині 80-х рр. психологи починають освоювати нову для себе область – консультування і психотерапію. У цей час у багатьох обласних центрах були створені служби сім'ї і шлюбу, покликані допомагати конфліктним і кризовим родинам. Трохи пізніше робиться спроба створення шкільної психологічної служби, в рамках якої повинна здійснюватися і психокорекційна робота. Відносно недавно була організована психологічна служба в центрах зайнятості. Завдання служби – консультативна, а в ряді випадків і психокорекційна робота [3, с.8].

На початку 90-х років, як зазначають автори книги “Основи психотерапії” Л. Ф. Бурлачук, І. А. Грабська, О. С. Кочарян, з'являються різноманітні західні психотерапевтичні технології, їхні адепти проводять численні семінари, конференції, тренінги. При цьому техніка психотерапевтичного впливу фетишизується, знаходить вищу цінність (по-перше, з її допомогою можна заробити гроші, а по-друге, знання технік стає критерієм професійної компетентності) [3, с.8].

Кінець ХХ століття в історії психотерапії характеризується розвитком дитячої психотерапії, що представлений у роботах М. І. Буянова, О. І. Захарова, Д. М. Ісаєва, В. А. Скуміна. Дитяча психотерапія – відносно молода медична дисципліна, що відділилася від загальної психотерапії, ставить акцент на особистісно-орієнтованій терапії, спирається на вивчення та сприяння особистісному розвитку дитини, нейтралізацію несприятливих факторів середовища, які гальмують і пригнічують цей розвиток.

Сьогодні спостерігається тенденція зближення лікарської і психологічної психотерапії. Це проявляється як у тому, що лікарі

так само, як і психологи, виявляють цікавість до західних шкіл і технік, так і в розмиванні меж “лікарської території”, що донедавна суворо охоронялася від проникнення психологів. Правда, варто зазначити, що психологи поки лише будують свою практику, а лікарі, асимілюючи нові підходи і методи, намагаються узгодити їх зі старими випробуваними засобами, що вдається далеко не завжди [3, с. 8].

На сучасному етапі розвитку психотерапевтичної практики допомогу можуть отримати різні категорії клієнтів/пацієнтів: психотики, невротики, ті які перенесли певні психологічні потрясіння, дезадаптовані, із асоціальною поведінкою. Сучасні психотерапевти вважають, що сеанс психотерапії може пройти будь-яка людина, яка сама не спроможна подолати ті чи інші психологічні проблеми, гармонійно адаптуватися, віднайти базові чинники нормального функціонування, яка потребує психотерапевтичної допомоги, не знає як правильно взаємодіяти із соціумом, яка долає різні рівні депресії тощо. Повноцінну допомогу може надати лише добре підготовлений спеціаліст у цій сфері, якого не можливо уявити без досвіду власної психотерапії, завдяки чому він може краще орієнтуватися у проблемах пацієнтів, більш повноцінно працювати, не боячись таких перепон, як синдром вигорання, комунікативного переживання, а також вільно використовувати такі засоби впливу як перенесення чи контрперенесення.

На сьогоднішній день у психотерапевтичній практиці існують сотні шкіл. Наприклад, можна нарахувати не менше 15 видів сімейної терапії. Разом з тим існують основні психотерапевтичні підходи, що істотно розрізняються за своїми концептуальними основами. Розбіжності стосуються опису особистості, механізмів її розвитку, патогенезу неврозів, механізмів терапії та оцінки її ефективності. Розглянуті в даному навчальному посібнику види психотерапії мають різні мішені психотерапевтичного впливу. Так, мішень у біоенергетичному аналізі – тіло, а в клієнт-центрованій терапії – переживання (не просто переживання емоцій, а досвід, що проживається), у когнітивній терапії – неадаптивні думки та інші ідеації (образи уяви) і т.д.

## 1.2. Суть поняття психотерапії

В наші дні психотерапія, як практична допомога в різних життєвих ситуаціях, є одним із найбільш популярних напрямів практичної психології. Разом із тим різноманітність визначень поняття **психотерапія**, а також основних підходів та методів психотерапії показує, що ця наука не має єдиного понятійного апарату, термінології та теорії [7, с. 5]. Це можна пояснити тим, що у світовій практиці використовується понад 600 форм і методів психотерапії. Крім того, у цих напрямках існують неузгоджені, а інколи й протилежні одне одному, уявлення про моделі психічного (і психологічного) здоров'я, механізми розвитку психопатологічних і психосоматичних розладів, теорії психотерапевтичної зміни пацієнта/клієнта і т.д. [7, с. 8].

Буквальне значення терміну **“психотерапія”** пов'язане з двома його трактуваннями, які базуються на перекладі грецьких слів *psyche* – душа і *therapeia* – турбота, догляд, лікування: “зцілення душею” чи “лікування душі”. Сам термін “психотерапія” був введений у 1872 р. Д. Тьюком в книзі “Ілюстрації впливу розуму на тіло” і став широко популярним з кінця ХІХ ст. [8, с. 10].

Якщо звернутися до психологічного словника, то можна віднайти таке визначення поняття **психотерапія** – будь-який вид лікування розмовою. Психотерапія може бути індивідуальною чи груповою, поверхневою чи глибинною, довготривалою чи короткотривалою, інтенсивною і т.д. [12].

Ю. Г. Дем'янов визначає **психотерапію** як систему планомірних впливів певними засобами на психіку хворої людини з метою її виздоровлення чи покращення психічного стану. Вплив здійснюється психотерапевтом за допомогою слів, пауз, жестів, міміки, ритмів, музики та інших вербальних і невербальних засобів [6].

Дж. К. Зейг та В. М. Мьюніон розглядають **психотерапію** як процес, ціль якого полягає у тому, щоб викликати зміни. Цей процес відбувається в рамках професійних відносин, які характеризуються наявністю довготривалих зобов'язань між сторонами-учасниками, емпатією та довірливими стосунками [17; 21]. У ході цього процесу в центрі уваги експліцитно та імпліцитно стають особистість клієнта, техніка психотерапії або те і інше. Результатом психотерапії виступають стійкі зміни у різноманітних сферах життя клієнта/пацієнта [11, с. 13].

На думку Дж. Мармора (Marmor, J., 1987) **психотерапія** – це процес, за якого людина, котра бажає позбутися симптомів або проблем, з якими вона зіштовхується у своєму житті, імпліцитно чи експліцитно заключає контракт на певну – вербальну чи невербальну – взаємодію з людиною (або кількома людьми), які виконують роль агентів допомоги [11; 18].

На думку В. І. Гарбузова, **психотерапія** – це профілактика і корекція порушень формування особистості, психічних і соматичних наслідків психічної травматизації, корекція систем домагань, цінностей, потреб, стилю життя з метою реабілітації і реадптації дезадаптованої людини [4].

Інша дослідниця, А. С. Співаковська розрізняє два поняття: психотерапія та психокорекція, де **психотерапія** – це система спеціально організованих методів лікувального впливу на невротиків, а психокорекція – вплив на ще не хворих, але вже не здорових, тобто на людей з дезадаптивною поведінкою і невротичним реагуванням [14]. Таким чином, з точки зору авторки, вплив на хворого – це психотерапія, а на здорового – психокорекція. Психотерапією займаються лікарі, а психокорекцією – психологи. Психотерапія є методом лікування, а психокорекція – методом профілактики [2, с. 9].

Російська та американська дослідниця Ю. Б. Альошина виділяє також два напрямки психологічної допомоги: 1) психологічне консультування і 2) психотерапію. Консультування, на думку авторки, використовується у випадках, коли клієнт скаржиться не на свій характер, не на внутрішні проблеми, а на міжособистісні конфлікти. **Психотерапія** – це глибинна особистісна корекція, використовується коли клієнт скаржиться на внутрішні проблеми. Існують і інші відмінності між консультуванням і терапією. Консультування нетривале за часом – до 5-6 зустрічей-сеансів, основним корекційним механізмом є зворотній зв'язок. Психотерапія являє собою довготривалий процес що може продовжуватися від 5 і більше сесій до багатьох років роботи. У таких випадках можуть застосовуватися такі методи: аналіз подій дитинства, сновидінь, фантазій тощо [1, с. 12-13]. Як вказують автори книги “Основи психотерапії” Л. Ф. Бурлачук, І. А. Грабська, О. С. Кочарян, дане розмежування є досить умовним. Але, існує і короткотривала (brief) форма психотерапії, яка не перевищує 10 сесій. Ряд видів психотерапії взагалі не припускають аналізу та інтерпретацій. Про психотерапію слід говорити при орієнтуванні психотерапевтичного впливу на виліковування чи



особистісний ріст, тоді як задача консультанта – допомогти розібратися в ситуації, в проблемі: відобразити почуття і поведінку клієнта, щоб він міг побачити себе, підтримати його, заспокоїти і т.д. Проте, у деяких випадках важко точно кваліфікувати роботу із клієнтом як психотерапевтичну або консультативну [2, с. 10].

На кафедрі психотерапії Московського інституту вдосконалення лікарів (у той час ведучого в психотерапії) В. Є. Рожнов прийняв наступне визначення **психотерапії** – комплексний лікувальний вплив за допомогою психічних засобів на психіку хворого, а через неї на весь організм з метою усунення хворобливих симптомів і зміни ставлення до себе, свого стану і навколишнього середовища [2, с. 8-9].

Суть поняття психотерапії характеризується наявністю двох **моделей: медичної і психологічної**. В медичній моделі основна увага надається знанням нозології, синдромології, клінічній картині розладів. Основною мішенню такої моделі виступає симптом, його пошук і ліквідація причини. Активність пацієнта зводиться до мінімуму, проте зростає віра в лікаря та сам процес лікування. Лікар-психотерапевт в такій моделі психотерапії займає позицію експерта, який краще знає, краще розуміє пацієнта. Як відомо, така модель психотерапії була єдиною в СРСР, де не допускалось проникнення психологічного розуміння психотерапії [3, с. 9].

Дотримуючись медичної моделі психотерапії Р. Бастін (Bastine R., 1982) визначає **психотерапію** як особливий вид міжособистісної взаємодії, за якої пацієнтам надається професійна допомога за допомогою психологічних засобів у вирішенні проблем або труднощів психічного характеру.

**Психотерапія** за Х. Х. Строцькою (Strotzka H. H., 1982) – це взаємодія між одним або кількома пацієнтами та одним або кількома психотерапевтами, ціль якої полягає у лікуванні порушень поведінки або хворобливих станів (переважно психосоціального характеру) за допомогою психологічних засобів ( в тому числі шляхом комунікації, як вербальної так і невербальної), із застосуванням доступних для хворих прийомів, з певною ціллю і на основі теорії нормальної та аномальної поведінки [10].

Поряд із медичною моделлю психотерапії існує, розвивається **психологічна модель** психотерапії. Цей напрям, в першу чергу, пов'язаний із розумінням психотерапії як “світу казок та метафор”. На цьому шляху медична модель надання допомоги стає неадекватною і

непотрібною. У такому випадку визначення психотерапії як вплив на психіку і саму людину через психіку звільняє місце таким метафорам психотерапевтичного контакту, як:

- взаємодія – коли активний не лише психотерапевт, але і сам клієнт (у цьому випадку термін “пацієнт” ми не можемо вживати, так як “клієнт” не є пасивним об’єктом маніпуляцій психотерапевта);
- співіснування – коли підкреслюється ідея не дієвого спільного перебування психотерапевта і клієнта в психотерапевтичному контакті, а обмін емоціями і смислами;
- внутрішній інсайт – коли клієнт рухається у внутрішньому просторі за траєкторією, яку він сам визначає;
- безумовна любов – коли клієнт і психотерапевт вступають в особливі відносини психологічної інтимності, наповнені любов’ю і прийняттям [3, с. 10].

Психологічна модель психотерапії орієнтована на поширення психологічної культури і мислення у сферу допомоги хворим і людям, які мають психологічні проблеми. Характерною особливістю психологічної моделі виступає переконання в тому, що за пацієнта/клієнта вирішити проблему ніхто не може. Психотерапевт лише супроводжує, допомагає людині знайти ресурс для змін і вирішення своїх проблем [3, с. 11].

Відповідно до психологічної моделі **психотерапія** – це зцілення душею, ціль якої полягає не у видужанні від психічних розладів, а допомога в процесі становлення свідомості і особистості, за якої психотерапевт є супутником хворого, його другом і наставником. Необхідними умовами, які б забезпечили успішність діяльності психотерапевта, є безоцінне ставлення до клієнта і прийняття його таким, яким він є, співчуття до нього, а також щирість і чесність у поведінці. Наслідком такого розуміння психотерапії є поширення її методів у педагогіці, соціальній роботі, прикладній психології і т.д. [10].

С. Ледер (Leder S., 1993) підкреслив багатогранність **психотерапії** і свої уявлення представив таким чином [10]:

- 1) це метод лікування, що впливає на стан і функціонування організму в сферах психічної і соматичної діяльності;
- 2) це метод, що приводить в рух процес наuczіння;
- 3) це метод інструментальної маніпуляції, що слугує цілям соціального контролю;

4) це комплекс явищ, котрі відбуваються в ході взаємодії і спілкування між людьми.

Перше зазначене визначення С. Ледера психотерапії стосується медичної моделі, друге пов'язане із психологічними концепціями, третє – із соціологічними, четверте – з філософією.

Існує Декларація з психотерапії, прийнята Європейською асоціацією психотерапії в Страсбурзі від 21 жовтня 1990 р., зміст якої відзначає [10]:

1) психотерапія є гуманітарною наукою, незалежною науковою дисципліною, практична діяльність в якій являє собою незалежну та вільну професію;

2) психотерапевтична освіта вимагає високого рівня теоретичної і клінічної підготовки;

3) процес психотерапії гарантує використання різноманітних психотерапевтичних методів;

4) освіта в області одного із психотерапевтичних методів повинна здійснюватися інтегрально; вона включає теорію, особистий терапевтичний досвід і практику під керівництвом супервізора, водночас набуваються широкі уявлення про інші методи;

5) доступність освіти можлива лише за умови широкої попередньої підготовки (гуманітарні та загальні науки) [10].

Враховуючи всю різноманітність концепцій, підходів, методів, організаційних моделей, соціокультурних феноменів, можна зробити висновок про існування психотерапії в трьох сферах суспільної свідомості:

1) академічна сфера – передбачає розробку наочно обґрунтованих підходів на базі наукового світобачення;

2) альтернативна сфера – базується на різноманітних історично обумовлених езотеричних вченнях та релігійних системах;

3) інтуїтивна сфера – є результатом впливу перших двох на буденну свідомість і виражається у впливі психологічної культури на існуючу практику надання психотерапевтичної допомоги, суспільну думку, допомогу у вирішенні психологічних/психічних труднощів [10].

Існування психотерапії у вищезазначених сферах визначає процеси її наукового і практичного розвитку. Так, якщо психотерапія в академічній та альтернативних сферах постачає моделі, концепції, практичні підходи, то психотерапія в інтуїтивній сфері формує

суспільне замовлення, стимулює розвиток одних процесів і гальмує розвиток інших [10].

### 1.3. Види, підходи та методи психотерапії

Не дивлячись на відмінності між медичною та психологічною моделями психотерапії, їх об'єднує орієнтація на допомогу клієнту. **Види** психотерапії розрізняються позиціями терапевта і клієнта в процесі їхньої взаємодії. Одна справа, коли терапевт виступає як експерт-професіонал, а інша, коли терапевт, поряд із клієнтом, є рівноправним учасником терапії. У першому випадку терапія називається **директивною** – терапевт “вищий” за клієнта, знає його потреби, знає куди його вести. У другому випадку терапія принципово **недирективна** – терапевт не веде за собою клієнта, він лише його супроводжує, як, наприклад, є “дослідником” у психоаналізі і “садівником” у клієнт-центрованій психотерапії. Люди, що потребують допомоги, у психотерапії також описуються різними термінами: у першому випадку (директивна психотерапія) вони “пацієнти”, у другому (недирективна психотерапія) – “клієнти” [2, с. 11].

Розглянуті види терапії (директивна – орієнтована на проблему і недирективна – орієнтована на клієнта) мають значні розходження в процесуальному аспекті. У недирективній терапії відсутні або слабо виражені ті процеси переносу клієнтом своїх потреб чи типу відносин зі значимими фігурами дитинства на терапевта. Це відбувається тому, що, по-перше, клієнт незалежний у процесі терапії від терапевта, і, по-друге, терапевт не є таємницею для клієнта, не є “білим екраном”, а особою, яка дає зворотній зв'язок, своє власне бачення, яке подає у процесі інтерпретації. Директивна і недирективна психотерапія працює із різним змістом: “диявольським” (директивна – людина в значній мірі іграшка в руках диявола) і “людським” (недирективна – людина вільна і відповідальна сама за себе) [2, с. 11].

Різноманітні види психотерапії розрізняються за **каналами входу** в клієнта або його проблему: вербальний канал – у психоаналізі, тілесний – у тілесно-орієнтованій психотерапії, візуальні образи – в НЛП, психосинтезі і т.д. Деякі види терапії реалізують полімодальний вхід, як наприклад, в гештальт-терапії, психосинтезі, психотерапії орієнтованій на процесі.

Виділяють **симптоматичну** і **патогенетичну** психотерапію. Якщо “мішенню” впливу є деякий симптом (заїкання, енурез, тіки, тривога, безсоння і т.д.) або група симптомів, тоді можна говорити про симптоматичну терапію. Прикладом цього виду терапії є поведінкова терапія. Симптоматична терапія описується “аспіриновою” метафорою: якщо за допомогою аспірину зникає головний біль, це не означає, що причиною головного болю є нестача аспірину в організмі. Тому зовсім не обов’язково шукати та усувати причину симптому. В свою чергу, патогенетична терапія підкреслює необхідність довести аналіз до розкриття причини розладу. В межах патогенетичної терапії виникла ідея заміщення симптому, під яким розуміється зміна одного симптому (наприклад, страх висоти), від якого людина вилікувалася, іншим. Це відбувається тому, що проблема залишається невирішеною. Поведінкові ж терапевти заперечують феномен заміщення симптому [2, с. 12].

Симптоматичній терапії протистоїть ще один вид терапії – **особистісно-орієнтований**. У такому випадку не обов’язково занурюватися у причину, головною “мішенню” терапії є страждаюча особистість, та що заплуталась [2, с. 13].

Часто важко кваліфікувати, чи відноситься терапія до патогенетичної або симптоматичної. Це відбувається із-за багатьох причин, в тому числі й тому, що клієнт може вийти з терапії в будь-який момент із покращенням, але без усунення причини.

Будь-яка класифікація, звичайно ж, умовна. В реальному психотерапевтичному процесі перераховані розбіжності деяких видів терапії не є настільки рельєфними. Навіть психоаналітик може практикувати терапію орієнтовану на клієнта. Більше того, нормою сьогоденної психотерапевтичної практики є її еkleктичність. Психотерапевтів, що дотримуються чистоти підходу, стає все менше.

На сучасному етапі розвитку психотерапії не існує єдиного принципу класифікації **методів**. Проте з різномаяття існуючих методів виділяють три основних, які виникли на основі трьох найбільш розвинутих психотерапевтичних напрямів:

- психоаналітичного (психодинамічного, динамічного або фрейдистського). В психоаналізі головним чинником особистісного розвитку і поведінки вважаються первинні потяги і потреби, а невроз – наслідком їх витіснення в несвідоме і конфлікту з свідомістю.

Задача психодинамічної психотерапії полягає у сприянні усвідомленню цього конфлікту;

- біхевіористського (поведінкова психотерапія). Біхевіористів взагалі не цікавить особистість як така. Предмет дослідження біхевіоризму – виключно поведінка. Звідси невроз – це неадаптована поведінка, що виникає в результаті неправильного навчання. Основна задача поведінкової психотерапії полягає в навчанні новим, адаптованим способам поведінки;

- гуманістичного (екзистенціально-гуманістичного). Гуманістична психологія розглядає потребу особистості в самоактуалізації, а невроз вважає результатом блокування цієї потреби. Тобто, задача гуманістичної психотерапії полягає у сприянні набуттю нового емоційного досвіду, створенню адекватного цілісного образу Я і можливостей для самоактуалізації особистості [7, с. 9].

Кожен із цих напрямів ми детально розглянемо у наступних розділах.

Таким чином, задачі психотерапевтичних напрямів обумовлюють специфіку вживаних ними методів. Причому в рамках цих напрямів виникають нові течії, підходи, форми, види, методи, методика, технічні прийоми, назви яких часто покликані відображати їх унікальність, маскувати їх похідний характер щодо основних напрямів в психотерапії та існуючих в них методів.

Класифікація **методів** психотерапії, запропонована Я. Олександрович, побудована на аналізі таких визначень [7, с. 10]:

- методи психотерапії, що мають характер технік – гіпноз, релаксація, психогімнастика;

- методи психотерапії в значенні інструменту, який використовують в психотерапевтичному процесі (таким інструментом може бути психотерапевт у випадку індивідуальної психотерапії або група при груповій психотерапії);

- методи, що визначають умови, які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей – сімейна психотерапія, клінічна психотерапія, психотерапія на виробництві;

- методи психотерапії в значенні терапевтичних інтервенцій (втручань), що розглядаються або в плані стилю – директивний, недирективний, або в плані теоретичного підходу – інтерпретація, навчання, міжособистісна взаємодія або діалог [6, с. 10].

Серед різноманіття існуючих методів психотерапії неможливо визначити найкращий, тому що різні методи переслідують різні цілі та застосовуються до різноманітних груп пацієнтів/клієнтів. Їх вибір залежить від психотерапевта – від його особистості, рівня підготовки та теоретичної орієнтації [10].

Однією із причин існування різноманітних моделей та методів психотерапії є відсутність достатньо впевнених критеріїв великої ефективності одних методів по відношенню до інших. У зв'язку з цим, великого значення на сучасному етапі розвитку психотерапії набуває пошук, дослідження загальних факторів психотерапевтичного впливу, який дозволить суттєво наблизитися до визначення ефективності психотерапевтичних методів. У цьому значенні неабиякий інтерес являє спроба виокремлення загальних факторів психотерапії за Дж. Мармор (Marmor J., 1978) [10]:

- 1) хороші стосунки та співпраця між психотерапевтом;
- 2) послаблення напруження на початковій стадії, яке базується на здатності пацієнта/клієнта обговорювати свою проблему з людиною, від якої він сподівається отримати допомогу;
- 3) пізнавальне навчання за рахунок інформації, що надходить від психотерапевта;
- 4) оперативна модифікація поведінки пацієнта/клієнта, за рахунок схвалення чи осуду з боку психотерапевта і неодноразового корекційного емоційного досвіду у стосунках із психотерапевтом;
- 5) набуття соціальних навичок на запропонованій моделі психотерапевта;
- 6) внутрішнє переконання, явне або приховане;
- 7) засвоєння або тренування більш адекватних способів поведінки за умови емоційної підтримки з боку психотерапевта.

Для практичного застосування певних методів психотерапії має значення їх класифікація на основі поставлених цілей. Таку класифікацію запропонував дослідник Л. Волберг, який виділив три **типи методів психотерапії** [7, с.10]:

- **підтримуюча** – спрямована на зміцнення і підтримку захисних сил у хворого, які він вже має, а також на вироблення у нього нових, кращих способів поведінки, які дозволяють відновити душевну рівновагу;

- **перенавчаюча** – спрямована змінити поведінку хворого шляхом підтримки і схвалення позитивних форм його поведінки і несхвалення негативних. В результаті пацієнт повинен навчитися

краще використовувати власні можливості і здібності, проте не ставиться ціль по-справжньому вирішити неусвідомлювані ним конфлікти:

- **реконструктивна** – допомагає пацієнту усвідомити внутрішні конфлікти, що виступили джерелом особистісних розладів, істотно змінити необхідні риси характеру і відновити повноцінне функціонування особистості.

У клінічній практиці розрізняють такі **методи** психотерапії як симптомо-центровані, особистісно-центровані, соціоцентровані.

Останнім часом розроблена велика кількість **методів**, в яких терапевтичним чинником являються мистецтво і природа. Ці методи психотерапії, базуються на:

- спілкуванні з літературою і мистецтвом – музикотерапія, бібліотерапія;
- творчій діяльності – імаготерапія, арттерапія, пісочна терапія;
- лікувальному впливі природи – натурпсихотерапія [7, с. 11].

Різноманітність методів психотерапії, існуючих психотерапевтичних підходів не стільки відрізняються щодо єдиного об'єкту – людської особистості, скільки концентрують свою увагу на різних її аспектах і проблемах. Це і обумовлює відмінність в методах психотерапії і безлічі підходів до їх класифікації.

#### **1.4. Етапи психотерапевтичного процесу**

Перша зустріч психотерапевта із клієнтом присвячена з'ясуванню потреби в допомозі, мотивації звернення за допомогою. Найбільша увага приділяється встановленню оптимальних терапевтичних відносин, подоланню першої лінії опору, повідомляються принципи побудови психотерапевтичної взаємодії [2, с. 274].

Для дослідження проблеми клієнта часто використовуються стандартизовані і нестандартні методи: інтерв'ю, тести, спостереження (насамперед за невербальною поведінкою, самоспостереження, специфічні прийоми для символічного опису проблеми (наприклад, спрямована уява), проєктивні методики, рольові ігри тощо. Ці ж методи дозволяють оцінити проміжний і кінцевий результати психотерапії [2, с. 275].



На першому етапі психотерапії використовуються різні діагностичні процедури. Психотерапевтичні школи відрізняються способом бачення проблеми клієнта, уявою про можливості її вирішення, формулюванням цілей. В якості прикладу пропонуємо одну з найбільш повних схем інтерв'ю, що використовується для збору інформації про клієнта на першому етапі роботи.

1. Демографічні дані: стать, вік, рід занять, сімейний стан.
2. Історія виникнення проблеми: коли виникла проблема, як проблема проявляється в поведінці й на соматичному рівні, як клієнт її переживає і т.д.
3. Чи раніше надавалася клієнту психіатрична або психологічна допомога.
4. Освіта і професія, у тому числі міжособистісні стосунки.
5. Здоров'я: захворювання, найбільш важливі проблеми зі здоров'ям на сьогоднішній день, ставлення до здоров'я у родині, порушення сну, апетиту, використання ліків і т.д.
6. Соціальний розвиток: найважливіші події життя, ранні спогади, сьогоднішня життєва ситуація, розпорядок дня, робота, заняття, спілкування, хобі, цінності, вірування.
7. Родина, сімейний стан, взаємостосунки із протилежною статтю, сексуальний досвід (дані про батьків, сестер, братів, чоловіка або дружину, дітей, відносини з ними колись і тепер, тощо).
8. Стереотипи реагування (досліджуються на основі спостереження за невербальною поведінкою клієнта) [2, с. 276].

Інтерв'ю, побудоване за даною схемою, дозволяє оцінити психологічний статус клієнта, загальну життєву ситуацію, зрозуміти характеристики проблеми, основні труднощі, з якими він зіштовхується, мотивацію його звернення і можливості вирішення проблеми. Не обов'язково використовувати всі позиції даного інтерв'ю. Для подальшої роботи особливо важливо зрозуміти ступінь порушення, розглянути можливість органічного дефекту і переорієнтації клієнта на отримання психіатричної допомоги.

Психотерапевт обговорює із клієнтом також те, що б він хотів досягнути в результаті психотерапії. Така розмова може запобігти неадекватним цілям та нереалістичним очікуванням клієнта. Вона сприяє усвідомленню побудови системи цілей, за допомогою якої учасники психотерапевтичного процесу орієнтуються

на конкретний і досяжний результат в найближчому майбутньому [2, с. 277-281].

**Другий етап** присвячений встановленню відносин. Учасники психотерапевтичного процесу домовляються про співпрацю, психотерапевт окреслює модель психотерапії. Найбільш важливий момент цього етапу – встановлення відносин взаємної відповідальності. Успіх психотерапії багато в чому залежить від того, наскільки активно клієнт включається в роботу і приймає відповідальність за отриманий результат [2, с. 281].

Збереження відносин співробітництва і довіри важливі для наступних етапів психотерапії. Встановлення гарних терапевтичних відносин можна бачити в тому, наскільки клієнт і психотерапевт готові до саморозкриття, можуть обговорювати труднощі в терапевтичному процесі. Якщо клієнт реально включений в процес, прагне працювати, відкритий, говорить, що психотерапевт правильно розуміє його почуття, а психотерапевт не відчуває напруження при саморозкритті, використанні конфронтації та інших прийомів, можна переходити до наступного етапу роботи.

На **третьому етапі** відбувається визначення цілей і опрацювання альтернатив. Психотерапевт обґрунтовує психотерапевтичну стратегію, визначає її основні компоненти. Засвоюючи психотерапевтичну метафору даного напрямку клієнт ознайомлюється з основними характеристиками підходу, в тому числі пов'язаними із труднощами, негативними переживаннями, приймає свою роль, бере участь у виборі мети. Він включається у роботу, як активний учасник, який прийняв запропонований психотерапевтичний напрямок і психотерапевта. Активна, усвідомлена участь клієнта в психотерапії є каталізатором її успіху [2, с. 284].

Робота із проблемою розпочинається з її дослідження. Дослідження передбачає вираження, прийняття і усвідомлення клієнтом неусвідомлених емоцій. Для вираження емоцій різні школи використовують широкий спектр психотерапевтичних прийомів: робота із трансфером (психоаналіз), тілесні техніки (тілесно-орієнтовані види терапії), метод двох стільців (гештальт-терапія), психодраматичне розігрування (психодрама) і т.д. Вираження почуттів дає катартичний ефект, тобто знижує напругу. Такий ефект досягається насамперед завдяки тому, що ці почуття прийняв психотерапевт. Таким чином, на глибинному рівні клієнт

отримує досвід як викликати і стримувати емоції, правильно їх інтерпретувати [2, с. 285].

**Четвертий етап** являє собою роботу над поставленими цілями. Прийнята теоретична модель структурує бачення психотерапевта психологічної реальності і визначає вибір методів. Характер проблеми також визначає вибір методів роботи [2, с. 286]. Вибір стратегії терапевтичної роботи залежить від можливостей особистості клієнта у вирішенні проблеми. Наприклад, психодрама бере за основу творчий потенціал, спонтанність клієнта. Для участі в психодинамічній психотерапії клієнт повинен бути здатний до регресії і самоспостереження з позицій раціонального Его. Залежно від індивідуальних особливостей клієнта для зняття стресу психотерапевт може застосувати релаксаційний тренінг, техніку роботи з образами або когнітивне переструктурування. Проблема клієнта не має єдиної проекції, вона проявляється на всіх рівнях, тому різні методи можуть бути рівною мірою ефективними [2, с. 288].

На **п'ятому етапі**, після фази, в ході якої клієнт отримує нове розуміння себе, ставиться мета перенесення внутрішніх змін і внутрішнього усвідомлення в реальну поведінку. Протягом цього етапу клієнт освоює нові поведінкові зразки, здобуває здатність до спонтанних дій, звертається до адаптивних когнітивних стратегій, відповідно до своїх внутрішніх потреб [2, с. 288].

**Шостий етап** – припинення психотерапії – визначається досягненням рівноваги серед різних факторів: потребою у зміні, лікувальною мотивацією, психотерапевтичною фрустрацією, вартістю психотерапії і т.д. Перш ніж прийняти рішення про припинення лікування, необхідно оцінити отриманий результат в якісних і кількісних характеристиках. Психотерапія припиняється у випадках, коли клієнт досягнув незалежності, приймає відповідальність за свої проблеми, бачить і може вирішувати їх без професійної допомоги психотерапевта [2, с. 290].

В якості **сьомого**, останнього, етапу варто виділити оцінку ефективності психотерапії. Через складність фіксації досягнутого результату існує велика різноманітність поглядів на критерії ефективності психотерапії: зникнення симптому, позитивні зміни в житті клієнта за межами психотерапії, задоволення клієнта, думка психотерапевта, показники тестування тощо.

Дослідження змін, досягнутих в результаті психотерапії, передбачає відповідь на три питання: чи змінився клієнт під час

психотерапії; чи з'явилися ці зміни, як результат психотерапії; чи достатньо наявних змін для поліпшення функціонування [2, с. 290].

Для оцінки результативності роботи психотерапевта використовуються різні методичні засоби, наприклад:

1. Інтерв'ю – дозволяє дослідити, що досягнув учасник психотерапії на основі його відповідей на відкриті питання.

2. Самоспостереження – процес спостереження і фіксації окремих аспектів поведінки.

3. Самооцінка – припускає кількісну і якісну характеристику клієнтом наявності проблеми з якою звернувся за психологічною допомогою.

4. Опитувальники – фокусуватися на окремих проблемах (наприклад тривожності), або можуть бути більш узагальненими (наприклад ММРІ).

5. Рольова гра – клієнт програє ситуацію, в якій проявляється проблема, а потім оцінюється її вираження у невербальній і вербальній поведінці.

6. Робота з образами – специфічний метод оцінки сприйняття клієнтом проблеми до, під час та після психотерапії.

7. Вимірювання фізіологічних показників – застосовується при дослідженні результатів лікування фобій і тривоги, психосоматичних порушень (гіпертонії), сексуальних розладів тощо.

Результати, отримані за допомогою даних методів, можуть доповнюватися експертними оцінками, даними спостереження інших людей. Використовуючи їх важливо правильно вирішувати методичні та етичні проблеми. Для отримання об'єктивних даних психотерапевту варто для клієнта обґрунтувати цілі дослідження, підкреслити необхідність отримання зворотнього зв'язку. Динаміка процесу психотерапії складна і неоднозначна. Для отримання повнішої картини результативності терапевтичного процесу використовують кілька методів [2, с. 293].

## **1.5. Етичні принципи психотерапевта**

В системі регуляції діяльності професіонала важливу роль відіграють етичні принципи. Вони закріплюють права, відповідальність, тип відносин учасників психотерапевтичного процесу.

У ряді країн світу існують етичні кодекси психолога, що визначають діяльність професіонала (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct, 2002). Для тих, хто безпосередньо працює з людьми у сфері психотерапевтичного впливу, ці норми ще суворіші, ще більше вимог і обмежень накладають вони на психотерапевта (Speciality Guidelines for the Delivery of Services by Counseling Psychologists, 1981) [14, с. 25].

В нашій країні наразі немає досить авторитетного співтовариства, яке б виконувало такі функції. У своїй книзі “Основи психотерапії” Л. Ф. Бурлачук, І. А. Грабська, О. С. Кочарян, вказують на те, що права клієнтів, які звернулися за допомогою не захищені законодавчо та повністю відсутня судова практика розгляду справ про порушення прав обох учасників психотерапевтичного процесу [2, с. 305].

Але варто пам’ятати, що існують певні принципи поведінки психотерапевта і що дотримання їх не лише забезпечує етичність професійної діяльності, але і є запорукою успішності психологічного впливу. Зупинимось докладніше на деяких етичних вимогах, розгляд яких, на наш погляд, є особливо важливим [14, с. 25].

**1. Відповідальність.** Психотерапевт бере на себе відповідальність за організацію, хід і результат психотерапії. Його робота повинна враховувати інтереси клієнта. Важливо правильно розуміти ці інтереси. Наприклад, клієнт може розвивати позитивний трансфер і потребувати турботу та розраду від оточуючих. Якщо трансфер не пророблюється і консультант не розуміє справжньої природи почуттів та потреб клієнта, тоді важко очікувати просування в психотерапії. В такому випадку клієнт отримуватиме лише часткове задоволення своїх інфантильних потреб. Або інша ситуація: клієнт чинить опір мовчанням або, імітуванням роботи. Тоді психотерапевтична фрустрація відповідатиме правилу абстиненції і виявиться адекватною та обґрунтованою [2, с. 305306].

Спеціального розгляду вимагає **когнітивна відповідальність**. Під цією нормою розуміється те, що психотерапевт відповідає за свої знання і розуміє межі своєї компетентності. Наприклад, встановлення точного психіатричного діагнозу та корекційна робота на його основі вимагають участі психіатра. Будучи фахівцем в певній області, психотерапевт повинен здійснювати кваліфіковані дії на основі професійної підготовки, а не свавілля. Це не суперечить творчому підходу, пошуку. Однак для того, щоб пошук був не стихійним, а

продуктивним, необхідне глибоке розуміння ситуації, яке неможливе без спеціальної підготовки психотерапевта [2, с. 306.].

Як правило, психотерапевти мають сертифікат, який засвідчує їхнє право на практику. Спеціалізація в психотерапії передбачає наявність знань в області загальної, соціальної, вікової, педагогічної, медичної психології, патопсихології, психодіагностики і т.д. Крім теоретичної підготовки психотерапевту потрібні спеціальні уміння та навички. Нарешті, він повинен мати певні особистісні характеристики. Насамперед, психотерапевт повинен усвідомлювати і вміти вирішувати власні проблеми, тому що вони провокують помилки в роботі. Якщо психотерапевт компенсує свої проблеми під час терапевтичного процесу, він виявляється закритим для розуміння клієнта і попадає в пастку контртрансферу. Наприклад, психотерапевт, що не має раннього досвіду прийняття, увесь час чекає на визнання та із задоволенням братиме участь у грі “чудовий лікар”. Психотерапевт є моделлю для клієнта, і тому його стан багато в чому визначає суть змін клієнта [2, с. 306].

Проте не вся відповідальність за вирішення проблеми покладається на психотерапевта. Із самого початку клієнт повинен розуміти, що його просування буде залежати насамперед від нього, і цей складний шлях він повинен пройти сам, спираючись на знання, досвід і підтримку психотерапевта [2, с. 306-307].

**2. Конфіденційність** є другим важливим принципом роботи психотерапевта. Дотримання інтересів клієнта вимагає збереження в таємниці всього, що відбувається під час психотерапевтичного сеансу. При цьому варто враховувати позицію і статус психотерапевта в системі професійної комунікації. Він не повинен надавати інформацію про клієнта будь-якій посадовій особі. Не слід говорити про зміст роботи із батьками, навіть якщо вони були ініціаторами звернення дитини за допомогою. Насамперед, психотерапевт відстоює права свого клієнта, і конфіденційність є їх суттєвою частиною. Дотримання цього принципу викликає довіру до фахівця і сприяє встановленню гарних терапевтичних відносин [2, с. 307].

У той же час конфіденційність має свої межі, і про них варто попередити клієнта на початку роботи. Якщо клієнт повідомляє будь-яку інформацію про можливу небезпеку для свого життя, здоров'я, благополуччя або життя інших людей, то психотерапевт повинен застосувати необхідні заходи задля запобігання цієї небезпеки. А це

може призвести до втручання інших осіб і розголошення інформації. Наприклад, психотерапевт не може залишити без уваги повідомлення про задумане самогубство або втечу дитини. Про можливості обговорення проблеми клієнта з колегами, насамперед із **супервізором**, повідомляється на початковій стадії роботи. Особливого розгляду вимагає дотримання конфіденційності у роботі в групі. Психотерапевт відповідає за формування таких групових норм, які могли б створити атмосферу довіри, коли те, що відбуває в групі не виходить за її межі [2, с. 307].

3. Наступне положення пов'язане з **доброзичливим та безоцінним ставленням до клієнта**. Воно повинне базуватися на прийнятті клієнта таким, яким він є. Тоді він здатний прийняти себе. Парадоксальність цієї ситуації полягає в тому, що лише прийнявши себе, людина здатна змінитися. Позиція психотерапевта полягає не в оцінюванні гріхів, не у виправданні клієнта, не в наданні порад, а в допомозі в особистісному зростанні. При цьому за клієнтом залишається право вибору темпу психотерапії [2, с. 307].

4. Психотерапевт і як людина, і як професіонал, і як громадянин має свої цінності та ідеали. Але навіть будучи переконаним у загальнолюдській значимості своїх цінностей, він не здійснює індоктринацію (первинна інструкція, вказівка), не перетворює у свою віру, не маніпулює думками і установками клієнта. Психотерапевт не навчає і не вказує “праведний шлях”, хоча кожен напрямок будується на основі цілісного світогляду, на специфічному розумінні шляхів розвитку особистості і має свій ідеал здорового функціонування [8, с. 308.]. Під час своєї професійної діяльності психотерапевт повинен дотримуватися принципу **орієнтації на норми і цінності клієнта**. Ефективність психотерапевтичного впливу збільшується, коли процес психотерапії базується на системі цінностей самого клієнта, критичне ж ставлення психотерапевта може призвести до того, що, прийшовши на прийом, людина замкнеться, не зможе бути щирою і відкритою, а, отже, і можливості психотерапевтичного впливу виявляться практично нереалізованими. Приймаючи ж цінності клієнта, поважаючи їх і віддаючи їм належне, психотерапевт зможе впливати на них у тому випадку, якщо вони є перешкодою на шляху нормального функціонування людини [2, с. 308; 14, с. 27].

5. Ще одним важливим принципом є **відмова психотерапевта від порад**. Підстави для використання даного принципу є різноманітними і достатніми. Насамперед, яким би не був життєвий і

професійний досвід психолога, дати гарантовану пораду іншому неможливо: життя кожного унікальне та непередбачуване. До того ж, даючи пораду, психотерапевт цілком бере на себе відповідальність за те, що відбувається, а це, в свою чергу, не сприяє розвитку особистості клієнта та його адекватного ставлення до дійсності. У такій ситуації психолог ставить себе в позицію “гуру”, що реально шкодить психотерапії, призводить до того, що в клієнта, замість активного прагнення розібратися в своєму житті і змінити його, формується пасивне і поверхнєве ставлення до того, що відбувається. При цьому будь-які невдачі в реалізації поради, звичайно ж, приписуються психотерапевту, який дав цю пораду, що, природно, заважає розумінню клієнтом своєї ролі в подіях, які з ним відбуваються [14, с. 28].

Сформовані переконання психотерапевта служать орієнтиром у роботі, на них базуються техніки. Але від психотерапевта потрібна не ідеологізація, а допомога в особистісному рості, у придбанні навичок бути самостійним і самостійно приймати рішення. Тому неетичним, непрофесійними і неефективними будуть поради і маніпуляції зі сторони психотерапевта. Головне, до чого має прагнути психотерапевт – щоб клієнт сам приймав на себе відповідальність за свої потреби і поведінку [2, с. 308].

**6. Розмежування особистих і професійних стосунків.** Існує чимало дуже досвідчених і професійних терапевтів, які потрапляють в пастку, переходячи з клієнтами на дружні стосунки або, намагаючись надавати професійну допомогу своїм друзям та найближчим родичам. Цей шлях приховує у собі чималу небезпеку і не лише тому, що будь-які рекомендації та одкровення з близькими людьми легко знецінюються.

Дотримуючись принципу розмежування особистих і професійних стосунків із клієнтами психотерапевту слід розмежовувати два найважливіших поняття, які використовуються в психотерапії: **“перенесення”** – схильність клієнта переносити і проектувати на психолога свої стосунки із значимими людьми, основні проблеми і конфлікти і **“контрперенесення”** – схильність психолога проектувати свої стосунки зі значимими людьми і основні внутрішні проблеми і конфлікти на стосунки з клієнтом [14, с. 29].

Ці поняття, введені в психоаналіз З. Фрейдом на сьогоднішній день широко використовуються в межах різних напрямків психотерапії. Вони означають, що будь-які людські стосунки і навіть



такі “спеціальні” стосунки, що складаються в межах психотерапії, знаходяться під впливом внутрішніх особистих потреб і бажань людини, які вона часто і не усвідомлює. Більш того, навіть професіонал-психолог часто виявляється “обеззброєним” контрперенесенням. Саме для того, щоб розуміти, керувати і вміти використовувати з метою аналізу своє контрперенесення, як і деякі інші особисті і міжособистісні феномени, для психолога-початківця існує обов’язкова вимога поєднання свого власного аналізу з довготривалою роботою із супервізором. Для психотерапевта достатньо зрозуміти, що збереження його авторитету для клієнта багато в чому пов’язане з тим, що останній мало знає про нього як про людину, у нього немає підстав як для замилювання психологом, так і для осуду його як особистості. Встановлення тісних міжособистісних стосунків між психотерапевтом і клієнтом призводить до того, що вони, як близькі люди, починають задовольняти ті або інші потреби і бажання один одного і психотерапевт вже не може зберегти об’єктивну та відсторонену позицію, яка так необхідна для ефективного вирішення проблем клієнта [14, с. 29-30].

**7. Залучення клієнта до процесу консультування.** Для того, щоб процес консультування був ефективним, клієнт, під час прийому, повинен почувати себе максимально залученим до бесіди, яскраво та емоційно переживати все, що обговорюється з психотерапевтом. Для забезпечення такого залучення, психотерапевту потрібно стежити за тим, щоб розвиток розмови був для клієнта логічним і зрозумілим, а також щоб клієнт не просто “слухав” фахівця, а йому дійсно було цікаво. Адже лише в тому випадку, коли зрозуміло і цікаво все, що обговорюється, можна активно шукати шляхи вирішення своєї проблемної ситуації, переживати та аналізувати її. Буває і так, що під час прийому клієнт раптово втрачає інтерес до обговорюваної теми, втомлюється, внутрішньо не погоджується, але й не хоче про це говорити. У цій ситуації не варто нагнітати атмосферу, наполягати, намагатися з’ясувати все до кінця. Краще психотерапевту змінити тему, пожартувати і таким чином розрядити обстановку, зберігши за рахунок цього інтерес клієнта до процесу психотерапії і, тим самим, забезпечити продуктивність психологічного впливу [14, с. 30].

Дотримання психотерапевтом загальних принципів психологічної допомоги, які поширюються як на сферу психотерапії

так і на сферу консультування, є необхідною умовою успішності психотерапевтичної діяльності.

## 1.6. Основні скарги клієнта

Первинне представлення клієнтом проблеми можна визначити як **скаргу**. Для подальшої роботи із клієнтом психотерапевту необхідно виділити запит, який дозволяє визначити перспективи подальшої роботи. Наведемо найбільш типові форми скарг, хоча виділення цих типів є досить умовним.

**Незрозуміла скарга** – може виникнути, з одного боку, із-за обережності і недовіри клієнта до терапевта, та, з іншого, клієнт сам для себе ще не сформулював проблему, і незрозуміла скарга – це її формулювання при першій зустрічі із терапевтом. *Завдання психотерапевта:*

– можна попросити у клієнта уточнити проблему або надати додаткову інформацію. Хоча така реакція психотерапевта може налякати клієнта, якщо він сприйме це як грубий тиск на нього. Якщо ж “незрозуміла” скарга є наслідком того, що клієнт тільки конструює проблему, то зазначена вище реакція психотерапевта може бути дуже корисною для клієнта. Однак можливо, що клієнт таким питанням наближається до інтелектуалізованої позиції. У такому випадку клієнт перетворюється у квазідослідника, який інтерпретує своє життя, він не переживає, а міркує – він і не в досвіді, і не в емоціях;

– тому наступним із можливих видів роботи з незрозумілою скаргою є просте повторення того, що сказав клієнт, так званий режим психотерапевтичного дзеркала.

Отже, при незрозумілій скарзі, потрібно: 1) заохочувати (фасилітувати) входження клієнта в емоційний процес; 2) надати клієнту можливість самому розгорнути власні смисли і зміст проблеми [2, с. 278].

**Нерозумна скарга** – це вид захисної раціоналізації, зрив якої – не найкраща реакція психотерапевта. У випадку нерозумної (дурної) скарги психотерапевт начебто зіштовхується із “сліпим” клієнтом і перед ним постає питання: А чи потрібно розкривати очі клієнту? *Завдання психотерапевта:*

– як в індивідуальній і груповій психотерапії у випадку таких скарг можна використовувати техніку метафор, яка добре себе

зарекомендувала і дозволяє, по-перше, ніби з боку, подивитися на власну ситуацію і, по-друге, з іронією віднести до своєї проблеми; де терапевтичними являються реакції інших членів групи, коли при правильній фасилітації вони не дають порад, а лише відкликаються на зазначену проблему будь-якого члена групи, створюючи тим самим поліфонію голосів і людських смислів. У цій ситуації пом'якшуються механізми захисту [2, с. 279].

**Складена скарга** – це один з різновидів незрозумілої скарги, що нагадує “дитячу книгу складанку” де кожна із проблемних ситуацій, представлена клієнтом, є окремою темою для обговорення. Акцентуація на одній із тем є малоефективною. *Завдання психотерапевта:*

– рефлексивне відображення того, що говорить клієнт (техніки повтору, узагальнення, парафразування і т.д.);

– “почути”, на яку частину складеної скарги клієнт емоційно відгукується, і відреагувати саме на неї;

– відреагувати на емоційний стан клієнта, ніби упускаючи зміст проблеми (техніка емпатійної відповіді) [2, с. 279].

**Складна скарга** – коли клієнт приходить не з однією, а з багатьма взаємодоповнюючими скаргами, які накладаються одна на одну та заважають “нормальному” функціонуванню. Складна скарга також може свідчити про те, що клієнт недовіряє терапевту, ніби прощупує терапевта першою скаргою. І лише потім, повіривши йому, дає свою істинну, таємну проблему. Тобто, будь-яка перша скарга може бути пробною. *Завдання психотерапевта:*

– не слід відразу реагувати, допомагати і глибоко, з головою, поринати в першу запропоновану клієнтом проблему;

– важливо вислухати, що насправді говорить клієнт, що це означає, що він насправді переживає [2, с. 279].

**Скарга із прихованим змістом.** Суть такої скарги полягає в неспівпадінні явного і прихованого змістів. *Завдання психотерапевта:*

– коли прихований зміст слабо усвідомлюється клієнтом, то терапевту не варто відразу відкривати клієнту його справжню проблему, потрібно враховувати те, чи хоче сам клієнт про це говорити, чи довіряє він терапевту. Терпіння психотерапевта, готовність чекати – це важливі якості терапевта. Часто виявляється, що клієнт до інтерв'ю мав один план скарги, та під час інтерв'ю цей

план порушується і клієнт говорить зовсім не про те, про що запланував;

– можлива також й інша реакція психотерапевта – психотерапевт реагує на пережиту клієнтом емоцію, а не на вербально виражений зміст скарги. Така реакція психотерапевта – запрошення для клієнта увійти у власні переживання [2, с. 280].

**Хитра скарга.** Цей вид скарги має прихований зміст. При цьому явний зміст скарги має на меті “заплутати” психотерапевта і досягнути свого. Наприклад, у дружини наявні певні проблеми із серцем, вже кілька років вона лікувалася у лікарів-терапевтів (діагноз вегето-судинна дистонія), але безуспішно. В процесі психотерапії виявляється, що вона ревнуючи свого чоловіка, використовує свою хворобу серця, аби той її не залишив, адже залишати хвору – недобре. Психотерапевту стає зрозуміло, що клієнтка прийшла до нього не з метою позбутися від хвороби серця, а, навпаки, задля підтвердження серйозності цієї хвороби і неможливості лікування (прихований запит: “Скажіть чоловіку, що я серйозно хвора”). У такому випадку психотерапевту варто бути терплячим, уважно слухати клієнта (хоча часом буває ефективним і метод конфронтації: “У Вас немає іншого способу, аби бути потрібною чоловіку?!”) і поглиблювати процес переживання [2, с 280].

**Скарга на іншого.** Наприклад: “Мені дуже важко... (жінка плаче) на роботі... Я не можу знайти спільну мову із директором. Він дуже важка і нерозумна людина, робота його зовсім не цікавить...” Тут клієнтом є директор, так як клієнт ще не має готовності до змін. Такий вид скарги є досить важким випадком для психотерапії. *Завдання психотерапевта:*

– дати зрозуміти клієнтові, що психотерапевтичний процес здійснюється лише з тією людиною, яка включена в процес терапії, а не знаходиться за його межами.

Отже, розуміти і визначити тип скарги дуже важливо. Як правило, сам запит вже міститься у скарзі. Однак цей запит може бути не експлікований, не чітко визначений. Тому варто провести особливу роботу з виявлення запиту клієнта і його усвідомлення клієнтом. Психотерапевту важливо допомогти клієнту кваліфікувати запит, визначити особливості психотерапевтичної допомоги [2, с. 281].

## **Висновки**

В цілому можна узагальнити, що психотерапія – це діяльність, здійснювана психологом, який пройшов спеціальну підготовку, засновану на теоретичних, емпіричних і практичних знаннях. Робота психотерапевта має широкий діапазон: від простого знаття симптому до глибокої і довготривалої роботи над особистістю. Якщо лікарі під методом психотерапії розуміють принцип лікування, що впливає з патології захворювання, то для психологів метод означає наукову парадигму, що знаходиться в рамках психологічної орієнтації. Представлені в даному навчальному посібнику види психотерапії мають різні мішені психотерапевтичного впливу.

Сучасна психотерапія характеризується наявністю двох моделей: медичної і психологічної, в рамках якої розвиваються різноманітні її напрями, які, в свою чергу обумовлюють специфіку їх методів. Розвиваючись, основні методи психотерапії впливають на створення нових і вдосконалення вже існуючих, які доповнюються методичними прийомами та формами організації терапевтичного процесу. Існування різноманітних моделей психотерапії визначається впливом соціокультурних, економічних та інших факторів, які впливають на її розвиток в сучасному світі.

Питання професійної відповідальності психотерапевта, який здійснює комплекс діагностичних, психотерапевтичних, психопрофілактичних і психогігієнічних заходів, стає особливо актуальним у зв'язку із збільшенням чисельності психотерапевтичних кабінетів, залученням до цієї роботи все більшої кількості спеціалістів. В системі регуляції діяльності професіонала важливу роль відіграють етичні принципи, які закріплюють права і відповідальність, тип відносин учасників психотерапевтичного процесу.

### **Питання для самоконтролю**

1. Опишіть історію розвитку психотерапії.
2. Назвіть сучасні етапи розвитку психотерапії.
3. Розкрийте суть поняття психотерапії.
4. Розмежуйте поняття психотерапія, психологічне консультування, психокорекція.

5. Назвіть види психотерапії.
6. Опишіть методи психотерапії
7. Наведіть приклади етапів психотерапевтичного процесу.
8. Обґрунтуйте важливість дотримання етичних принципів психотерапевта.
9. Наведіть приклади основних скарг клієнта.

## Література

1. Алешина Ю. Б. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Алешина Ю. Б. – [2-е изд.]. – М. : Класс, 1999. – 208 с. – (Биб-ка психологии и психотерапии).
2. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии: учеб. пособие [для студ. вузов, которые обучаются по спец. “Психология”, “Соц. педагогика”] / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника–Центр ; М. : Алетейа, 1999. – 320 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).
4. Гарбузов В. И. Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье / Гарбузов В. И. – СПб. : Сфера, 1994. – 160 с.
5. Глива Є. Вступ до психотерапії : навч. посіб. / Є. Глива. – Острог – Київ: Острозька академія, Кондор, – 2009. – 532 с.
6. Демьянов Ю. Г. Основы психопрофилактики и психотерапии : краткий курс / Демьянов Ю. Г. – М. : Сфера, 2004. – 128 с.
7. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
8. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / Малкина-Пых И. Г. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.
9. Муллан Б. Психотерапевты о психотерапии / Муллан Б. ; пер. с англ. И. В. Королева. – М. : Класс, 1999. – 480 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, № 68).
10. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.

11. Психотерапия – что это? Современные представления / под ред. Дж. К. Зейга, В. М. Мьюниона ; пер. с англ. Л. С. Каганова. – М. : Класс, 2000. – 432 с.
12. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Райкрофт Ч. – СПб. : Восточно-вропейский Институт Психоанализа, 1995. – 288 с.
13. Спиваковская А. С. Психотерапия: игра, детство, семья. / Спиваковская А. С. – М. : Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – Т. II. – 464 с. – (Психология – XX век).
14. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посіб. / Цимбалюк І. М. – [2-е вид., випр. і доп.]. – К. : Професіонал, 2007. – 544 с.
15. Шерток Л. Гипноз / Шерлок Л. – М. : Медицина, 1992. – 224 с.
16. EPA Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct // Teaching high school psycholhgy – Augect, 2009.
17. Fisch R. The tactics of change: Doing therapy briefly / R. Fisch, J. H. Weakland, and L. Segal. – San Francisco: Jossey-Bass. – 1982.
18. Marmor J. The psychotherapeutic process: common denominators in diverse approaches / Marmor J. // The evolution of psychotherapy; in J. K. Zeig. – New York : Brunner / Mazel, 1987. – P. 266–282.
19. Puysegur A. M. Appel aux savants observateurs du dix neuvieme siecle de la decision portee par leurs predecesseurs contre le magnetisme animal et fin du traitement du Jeune Hebert / Puysegur A. M. – Paris : J. G. Dentu, 1813. – 127 p.
20. Puysegur A. M. Memoires pour servir a l’histoire et a l’etablissement du magnetisme animal. / Puysegur A. M. – Londess, 1785. – 256 p.
21. Zeig J. K. Introduction / Zeig J. K. // The evolution of psychotherapy; in J. K. Zeig (Ed.). – New York : Brunner/Mazel, 1987. – P. 25–26.



## **Зигмунд Фрейд Sigmund Freud**

**(1856 –1939)**

Засновник психоаналізу і глибинної психології. Народився у м. Фрейбург (Моравія). В 1860 р. переїхав у м. Відень, де прожив більшу частину життя до 1938 р. Після закінчення віденського університету він прагнув до наукової кар'єри, однак фінансові труднощі змусили його зупинити свій вибір на професії лікаря. Співпраця із І. Брейером у клінічній практиці, а згодом навчання у знаменитого невролога Ж.-М. Шарко, спонукали З. Фрейда до розробки методу гіпнокатарсису, а також до формування перших ідей теорії

психоаналізу щодо ролі сексуальних потягів та впливу дитячого переживання на подальше життя. Розвиток теорії психоаналізу носив настільки інноваційний характер, що З. Фрейд тривалий час був приречений на самотність у наукових колах. Від учнів, які з'явилися згодом, З. Фрейд вимагав беззастережного слідування власній теорії, внаслідок чого відбувся розрив як наукових, так і особистих контактів з такими видатними учнями та співробітниками як А. Адлер і К. Г. Юнг. Однак, не будучи догматиком, З Фрейд не одноразово переглядав власну теорію, допрацьовував і розвивав її. Він багато і завзято працював в останні роки життя. Помер З. Фрейд у 1939 р. в Англії, куди емігрував у 1938 р., після захоплення м. Відня Гітлером.



## РОЗДІЛ 2. ПСИХОДИНАМІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ

### 2.1. Суть психодинамічної психотерапії

Психодинамічний напрям в психотерапії базується на глибинній психології – психоаналізі. Засновником психоаналізу і глибинної психології є З. Фрейд. Психоаналіз, у широкому розумінні, складається з трьох елементів: методу дослідження неусвідомлених думок і відчуттів, теорії людської особистості і техніки психотерапії [31]. Методи психоаналізу були розроблені ще до створення вичерпної теорії глибинної психології. По суті психодинамічна теорія являє собою певний набір теорій, які розглядають неусвідомлювані процеси та розвиток особистості [11].

За Т. Дж. Паоліно психодинамічна психотерапія дотримується чотирьох цілей: 1) показати пацієнту невіршені внутрішньо психічні конфлікти, які беруть свій початок в минулому і породжують симптоми у теперішньому; 2) досягнути інтенсивного регресу; 3) вирішити неусвідомлені інтрапсихічні конфлікти; 4) здійснити конструктивні зміни психічних структур за рахунок набутого емоційного, фізичного і когнітивного усвідомлення того, що раніше не усвідомлювалося [32].

А. А. Осіпова в свою чергу в психодинамічній психотерапії визначає такі основні стадії як [9]:

1 – пошук хворобливого джерела (його спогад). На цій стадії використовуються методи асоціацій, спостереження за поведінкою людини, вивчення її почуття гумору та обмовок. Стадія завершується тоді, коли таке джерело відшуковується;

2 – розкриття джерела, його вербалізація. Людина розкривається, проговорює психоаналітику всі її переживання та їхні витоки. Це дуже важкий процес, в якому людина ніби заново переживає і страждає, при цьому можливе формування негативного та агресивного ставлення до аналітика. Дана стадія вважається завершеною після того, як людина все розкаже і почне поступово заспокоюватися;

3 – переоцінка значимості подій, які ховалися у травмуючому джерелі, так зване переклеювання “ярликів”. Наприклад із “ворога” в “неприємну людину”, із “подруги” в “знайому” і т.д. На цій стадії особливе значення має уважне і турботливе ставлення аналітика до

пацієнта, допомога пацієнту спрямована на зміну його системи установок;

4 – емоційне забарвлення нової системи установок головним чином позитивне та спокійне. Воно здійснюється за допомогою поступового переходу від любові до байдужості, від агресивності до спокійного сприйняття;

5 – забування, ліквідація джерела збудження. Найчастіше дана стадія проходить природнім шляхом, як продовження роботи з психоаналітиком на попередніх стадіях.

Процес психодинамічної психотерапії включає наступні процедури:

- конфронтація використовується для того, щоб показати пацієнту те чого він боїться, уникає, з метою виділення того психічного феномену, який в подальшому стане предметом аналізу;

- прояснення (кларифікація) полягає в чіткому фокусуванні значимих деталей;

- інтерпретація передбачає перетворення неусвідомлених деталей і явищ в усвідомлені;

- пропрацювання включає комплекс процедур і процесів, які необхідно здійснити після інсайту. Це найбільш трудомістка частина психоаналітичної роботи, тому що вимагає тривалого часу і зусиль для подолання опору, який є перешкодою на шляху зміни особистості [9].

Як вважають С. Зонненберг, С. Лазар, Р. Урсано [17], першорядною та необхідною умовою, що забезпечує досягнення успіху в психодинамічній психотерапії є потреба пацієнта брати участь у такій роботі і його довіра до психотерапевта. Дослідники відзначають важливість емпатійного вислуховування пацієнта, яке допомагає психоаналітику спрямувати основну увагу лікування на пропозиції пацієнта, на те, що він пропонує розглянути в процесі психотерапії. При цьому, психотерапевт повинен пам'ятати, що не можна відразу розголошувати пацієнту зроблені ним висновки, так як пацієнт може бути до них ще не готовим. Тому необхідно ретельно готувати як висновки, так і клієнта до того щоб він зміг “почути” і зрозуміти те, що йому хоче повідомити аналітик [3, с. 21].

У психодинамічній психотерапії, зазвичай, до проведення психотерапевтичних сеансів пацієнта обстежують, з'ясовуючи важливі моменти: чи схильний він до глибоких депресій або маній, чи скоював він спроби суїциду. При обстеженні пацієнта, психотерапевт

повинен бути неупередженим, не нав'язливим, але і не мовчазним. Питання про стан здоров'я, про спроби самогубства або вбивства дуже часто знімають в пацієнта неприємне відчуття самотності перед проблемами, що виникають.

Під час першого сеансу психотерапевт повинен уважно вислухати побоювання пацієнта щодо початку лікування. Звільнення пацієнта від страхів, з одного боку, буде сприяти тому, що пацієнт відчуватиме себе в безпеці, а з іншого – дозволить психотерапевту попередити можливе передчасне припинення лікування. Як правило, до кінця першого сеансу психотерапевт формує план дій, повідомляє пацієнта про необхідну кількість сеансів, яка допоможе йому розширити уявлення про процес психотерапії в цілому.

Пропонуємо розглянути наступний можливий план дій на початку обстеження [17]: пояснення пацієнту процесу обстеження; оцінка поведінки, що несе загрозу для життя і здоров'я; оцінка органічних причин захворювання; з'ясування психіатричною діагнозу; постановка психотерапевтом питань і вислуховування відповідей на них; з'ясування побоювань пацієнта у зв'язку з початком психотерапії.

Використовуючи схему психодинамічної оцінки пацієнта психотерапевту необхідно досліджувати: обставини виникнення проблеми і звернення за допомогою; історію життя; важливі об'єкти в минулому; самий ранній спогад; останні або повторюванні сновидіння; досвід колишніх курсів лікування і спогади про терапевтів які їх проводили. При цьому слід звертати увагу на те, як пацієнт спілкується з аналітиком; надаючи докладну інтерпретацію отриманих даних; створюючи сприятливу обстановку співпраці з пацієнтом, з метою кращого розуміння його проблем тощо [17].

Історія життя пацієнта є базою для розуміння його теперішніх стосунків із людьми і його захисного стилю поведінки. Психотерапевт вислуховує історію життя пацієнта, звертаючи увагу на пережиті конфлікти, і на особистості, з якими були пов'язані ці конфлікти; збирає докладні описи кожного з членів сім'ї пацієнта і намагається з'ясувати, якими він їх собі уявляє [3, с. 22].

У психодинамічній психотерапії психотерапевтичні сеанси починаються із навчання та інформування пацієнта щодо цілей і процесу психодинамічної психотерапії, оскільки це дуже важливо для успішного початку роботи.

Пацієнта навчають шляхом прямого інформування і пояснення понять “трансфер” (“перенесення”), “захист”, “опір”, ролі його минулого, як зразка теперішнього часу, опису “пасивного” стилю поведінки психотерапевта. Це дозволяє психотерапевту, з часом, все менше говорити і все більше слухати пацієнта, задля кращого розуміння, як той організовує свій психологічний світ. Психотерапевт стимулює пацієнта до того, щоб він говорив про все, що спадає йому на думку, не редагуючи свої думки. Цей метод спілкування називається вільним асоціюванням. Використовуючи цей метод, психотерапевт прислухається до слів пацієнта і підшукує “ключі” до того, що знаходиться за межами свідомості пацієнта, що перешкоджає вільному вираженню думок пацієнта. Такі перешкоди у психодинамічній психотерапії називаються захисними механізмами [3, с 23].

Оскільки психотерапевт намагається повернути хворобливі емоційні відчуття пацієнта в його свідомість, то, безумовно, від пацієнта вимагається певна мужність, аби знову повернутися до емоційного стресу, який викликає хворобливі спогади і відчуття. У зв'язку з цим пацієнти часто чинять опір процесу лікування. Опір і захист відносяться до тих сил в психіці пацієнта, які перешкоджають цілям лікування.

**Опір** (resistance) – клінічний термін, вживається для опису досвіду психотерапевта, пов'язаного з подоланням несвідомого опору з боку пацієнта і його відмови знову пережити неприємні відчуття, що відносяться до конфліктів дитинства [14, с. 186]. Опір – це загальний термін, що відноситься до всіх сил психіки пацієнта, які протидіють психотерапевтичній роботі, що пов'язана із неминучістю обговорення хворобливих почуттів.

По-перше, до опору відносяться основні захисні механізми, а також наступні примітивні механізми, такі як: розщеплення (поділ позитивного і негативного в образах “Я”); примітивна ідеалізація (перебільшення сили і престижу іншої людини); всемогутність (перебільшення власної сили); проективна ідентифікація (проекція на людину, над якою пацієнт намагається встановити контроль, власних негативних якостей та особливостей) [3, с. 24].

По-друге, до опору відноситься так зване вторинне досягнення, чи вторинна користь, тобто конкретна користь, яка бере своє коріння із захворювання. Так, пацієнт часто не хоче розлучатися із хворобою,

оскільки в цьому випадку йому приділяють більше уваги, піклуються про нього і не пред'являють високих вимог.

По-третє, до опору відноситься посилене реагування, що полягає в спробі вирішення несвідомого конфлікту за допомогою дії, а не слова. Наприклад, пацієнт прагне задовольнити конфліктуючі імпульси за допомогою шкідливих звичок чи в збоченій поведінці, заперечуючи будь-яку можливість стримувати їх або інтерпретувати.

По-четверте, опір виражається також в продукуванні пацієнтом тривіальних асоціацій, що являють собою звичайний поверхневий переказ повсякденних подій, не торкаються глибин особистості, приглушують або заперечують афект, характеризуються нудьгою, відсутності думок або мовчанням.

Таким чином, в якій би формі пацієнт не проявляв опір, це пояснюється його прагненням захистити себе від небезпеки і страхів, які асоціюються із забороненими імпульсами [3, с. 24].

Іноді прогрес в терапії пацієнт розглядає як успіх аналітика. Його бентежить той факт, що він не може сам вирішити свої проблеми, і тоді він ніби вступає в суперництво з терапевтом. Опір може виникати коли пацієнт припускає, що його зміни порушують сформовані відносини зі значимими людьми. Опір виникає також від страху прийняття нової ситуації успіху і в ситуації припинення зустрічей із аналітиком.

Психоаналіз долає багато прошарків опору, тому що кожен поведінковий зразок може розглядатися як захист від наступного, глибшого. В психодинамічній психотерапії робота з опором проходить наступні етапи [6, с. 57]:

**1. Розпізнання.** Коли опір виявляє та зауважує лише психотерапевт.

**2. Демонстрація.** Психотерапевт вказує на наявність опору, не інтерпретуючи його зміст і джерела. Найкращим методом для демонстрації є конфронтація.

**3. Прояснення** опору передбачає дослідження того, що пацієнт уникає, чому він це робить і яким чином. Найчастіше з'ясовується мотив опору: що клієнт не хоче переживати. Підказкою може слугувати невербальна поведінка: напруження м'язів, пригнічений голос, стиснуті кулаки.

**4. На даному етапі з'ясовується історія переживання.** Головним методом такої роботи є інтерпретація. Її ціль – доповнити картину опору, перейти до розгляду того, чому і як чинить супротив

пацієнт. При інтерпретації неадекватності реакції завжди визначається частка реальності в опорі. На цьому етапі прояснюється, яким чином виник конфлікт, як він проявляється в житті пацієнта, які зразки поведінки та емоційного реагування він стимулює.

5. Останній етап – **пропрацювання** спрямований на подолання опору Ід. На цьому етапі спостерігається вплив вже усвідомленого конфлікту на різні життєві події. Повторення та розширення аналізу опору дозволяє, поглибити розуміння пацієнта.

На початку своєї практики З. Фрейд інтерпретував несвідому теми, не звертаючи уваги на протидію захисту. Проте незабаром він прийшов до висновку, що інтерпретація несвідомого матеріалу, який відкидається захисними механізмами людини, не допомагає в роботі з пацієнтом. Згодом З. Фрейд сформулював правила, відповідно до яких психотерапевт спочатку виявляє опір і повертає до нього увагу пацієнта, потім дізнається в які моменти в пацієнта виникає потреба чинити опір. Таким чином, поступово, психотерапевт може пояснити пацієнту, проти чого спрямований його захист.

Якщо клієнтом керують сильні несвідомі імпульси, то через певний час вони починають спрямовуватися на психотерапевта, в результаті чого виникає **трансфер** (transference) [14, с. 205]. Так, клієнт починає переживати стосовно психотерапевта такі емоції, які визначаються не реальною ситуацією їхньої взаємодії, а зразками емоційного реагування з минулого. Психотерапевту, з боку пацієнта, може бути запропонована роль батька, матері, брата і т.д. Розвиток трансферу, на початковому етапі терапії, стимулюється, наприклад, подібністю статі, особистісними характеристиками; на пізніших етапах подібність втрачає значення, і психотерапевту може делегуватися будь-яка інша роль.

Ознаками трансферу в психоаналітичній процедурі є: 1) неадекватність емоцій дійсній ситуації; 2) повторення минулих переживань і конфліктів; 3) регресія на одну із фаз психосексуального розвитку; 4) перенесення почуттів зі значимої особи з минулого на психоаналітика.

Часто пацієнти відмовляючись від аналізу своїх почуттів стосовно терапевта, вважають їх або випадковими, або природними, викликаними самим терапевтом. Тому аналітик пояснює пацієнту, що трансфер – це важливий елемент лікування, що через модель трансферу може бути представлено все його життя, та спосіб вибудовування стосунків з людьми.

Процес роботи з трансфером в психодинамічній психотерапії проходить етапи, подібні з аналізом опору:

1. Спочатку трансфер демонструється.

2. Потім проясняється ситуацію, розглядаються деталі, відшуковуються ті слова, дії, які слугували пусковим механізмом для запуску трансферної реакції.

3. На етапі інтерпретації досліджуються почуття, фантазії пацієнта по відношенню до аналітика.

4. При пропрацюванні передбачається пошук тих людей і ситуацій, по відношенню до яких також відновлюються проаналізовані почуття, розглядається їхній вплив на життя пацієнта, прийняття рішень і т.д. [1, с. 65].

Варто враховувати, що не всі аспекти стосунків пацієнта до аналітика є трансферними. Наприклад, випробовувана на початку терапії тривога не обов'язково трансферна, хоча і може повторювати тривогу з приводу іншої важливої події в житті пацієнта.

На противагу трансферним відносинам у психоаналізі розвивається терапевтичний альянс. Для створення гарного терапевтичного альянсу необхідне сильне Его психоаналітика. Робота психотерапевта може бути успішною, лише за умови його об'єктивної діяльності, усвідомлення неадекватності реакцій пацієнта. Таким чином, професійна позиція психоаналітика полягає в тому аби не переносити на себе почуття пацієнта під час терапевтичного процесу.

## 2.2. Генеза неврозу

У класичному психоаналізі виділяють декілька типів неврозів: психоневроз, актуальний невроз, нарцистичний невроз, невроз характеру, травматичний невроз, невроз перенесення, невроз органу, дитячий невроз та невроз страху. Розглянемо їх детальніше.

**Психоневроз** обумовлений причинами, що стосуються минулого, його можна пояснити лише за допомогою таких термінів, як особистість та історія життя. З. Фрейд виділяв три типи психоневрозу: істерична конверсія, істеричний страх (фобія) і невроз нав'язливих станів. Симптоми цих неврозів можна інтерпретувати як конфлікт між Его та Ід. Саме психоневрози, з погляду З. Фрейда, обумовлені невротичним конфліктом, тобто несвідомим конфліктом

між спонуканням Ід, яке прагне до розрядки, і захистом Его, яке запобігає безпосередній розрядці або доступу до свідомості. Таким чином, конфлікт є невротичним лише в тому випадку, якщо одна з його сторін є несвідомою і якщо він вирішується шляхом застосування механізмів захисту, відмінних від сублімації. Симптом при цьому розглядається як компроміс між пригніченим бажанням і вимогами домінуючого чинника. Складну роль в невротичному конфлікті відіграє Супер-Его. Саме Супер-Его змушує Его відчувати себе винуватим (що на свідомому рівні протікає дуже хворобливо) навіть при символічній розрядці, яка проявляється як симптом психоневрозу. Таким чином, всі частини психічного апарату задіяні у формуванні невротичного симптому [13].

**Актуальний невроз** обумовлений причинами, що відносяться до сьогодення, і пояснюється такими термінами, як сексуальна поведінка і пацієнт. Актуальний невроз є фізіологічним наслідком порушень статевого функціонування [14, с. 5]. З. Фрейд розрізняв дві форми актуального неврозу: неврастенію, як результат гіперсексуальності і невроз тривоги, як результат відсутності розрядки статевого збудження [11; 13].

**Нарцистичний невроз** пов'язаний із нездатністю пацієнта до трансферу [11; 13; 14, с. 96]. Характерною рисою неврозу є спрямованість на Его, що свою чергу підвищує рівень амбівалентності почуттів. Цей вид неврозу передбачає наявність у пацієнта конфлікту між Его та Супер-Его.

**Невроз характеру** виражається в симптомах, які за своєю суттю є рисами характеру [11; 13; 14, с. 96].

**Травматичний невроз** можна викликати певними потрясіннями [11; 13; 14, с. 96].

**Невроз перенесення** розвивається в ході психоаналізу і характеризується нав'язливим інтересом пацієнта до психоаналітика [11; 13].

**Невроз органу** вказує на психосоматичне захворювання, проте в психоаналізі цей термін вживається досить рідко [13; 14, с. 115].

**Дитячий невроз** проявляється в дитячому віці, при цьому класичний психоаналіз виходить з того, що неврозам у дорослої людини завжди передують дитячі неврози [13; 147, с. 96].

**Невроз страху / тривоги** вказує на наявність будь-якого неврозу, в якому головним симптомом є тривога, або є одним із видів актуального неврозу [13; 14, с. 96].



Розглянемо загальну концепцію психологічного походження неврозів в рамках психоаналізу. Центральним змістом психологічного походження неврозів є уявлення про невротичний конфлікт. З. Фрейд розглядав невротичний конфлікт як переживання, протистояння, які виникають в результаті двох несумісних тенденцій, що діють одночасно як мотиви і визначають почуття та поведінку. З погляду З. Фрейда, суть неврозу полягає у конфлікті між несвідомим і свідомим. Свідомий компонент – це норми, правила, заборони, вимоги, які існують в суспільстві і є елементами Супер-Его. Несвідомий компонент – первинні, інстинктивні потреби і потяги, які є складовими змісту Ід. При витісненні у несвідоме, вони не втрачають свого енергетичного потенціалу, а, навпаки, зберігають і навіть підсилюють його. У подальшому, вони можуть проявлятися в соціально прийнятних формах поведінки (за рахунок сублімації), та, якщо це неможливо або недостатньо, вони проявляються у вигляді невротичних симптомів. Таким чином, невроз – це наслідок конфлікту між свідомим і несвідомим, який утворюють витіснені, під впливом моральних норм, правил, заборон та вимог, первинні біологічні потреби і потяги, перш за все, сексуального та агресивного характеру [13].

Потрібно зазначити, що на початку своєї психотерапевтичної практики З. Фрейд уявляв первинний розвиток неврозу наступним чином: людина сприймає деякі події як психічну травму і через їхню хворобливість не може пережити їх у всій повноті. Тому не пережите роздратування затримується і відбувається “ущемлення афекту”. Для пояснення цього феномену З. Фрейд використовував поняття енергії. Затримана енергія “ущемлених афектів” не знаходить виходу, і потрапляючи у тіло, порушує його функціонування. За рахунок цієї енергії відбувається формування симптомів в тілесній області. Коли хворобливі події витісняються із пам’яті, йдуть в несвідоме, їхнє місце займають симптоми. Симптом інколи здається випадковим, проте він ніби шифрує, приховує переживання, зберігаючи його суть і елементи зовнішнього прояву [1, с. 18-19].

Пізніше, в результаті узагальнення практики і теоретичного аналізу поняття несвідомого З. Фрейд змістив акцент в розумінні неврозу з травми на динаміку неусвідомлюваних потягів. За допомогою спостереження було виявлено, що в основі неврозу лежать не стільки реальні травми, скільки інфантильні потяги, фантазії [1, с. 19].

З. Фрейд виділив два фактори виникнення неврозу: сексуальна конституція та інфантильні переживання. Сексуальна конституція розглядалася як фізіологічний фактор, зміст якого для З. Фрейда не був до кінця зрозумілим. Більше уваги він приділив інфантильним переживанням. На думку З. Фрейда, у них залишилася фіксованою енергія лібідо. Він описав п'ять **стадій психосексуального розвитку**, кожна з яких створює передумови для фіксації. В якості критерію для поділу на стадії був взятий спосіб задоволення лібідо [1, с. 20].

**Оральна** стадія триває протягом першого року життя. Головне задоволення, яке отримує дитина в цей період, пов'язане із прийомом їжі і локалізується в області рота. З. Фрейд вважав, що за своєю природою це задоволення носить сексуальний характер. Дитина отримує задоволення від діяльності губ, язика, зубів, їжі, ссання, жування, облизування губ. Частина енергії залишається катектованою в цій області назавжди. Дорослий може отримувати задоволення від паління, сарказму, від переміщення енергії на здобуття знань, придбання речей. Результатом фіксації на цій стадії є оральна агресія або психологічна залежність від інших людей, пов'язана із відчуттям безпорадності [1, с. 20; 14, с. 114].

На **анальній** стадії психосексуального розвитку дитина вчиться здійснювати контроль за сечовипусканням і дефекацією. Зона заднього проходу так само, як і зона губ, приєднує до своєї основної функції сексуальне задоволення. Дитина одержує сексуальне задоволення від випорожнення кишечника, а також від оволодіння мускулатурою. Зняття напруги після дефекації З. Фрейд вважав показником того, що відбулася розрядка лібідо (libido – сексуальна енергія). Психічний розвиток дитини багато в чому залежить від способів навчання навичкам туалету. Цей процес може інтерпретуватися як обмеження волі в задоволенні потреб. Домінування покарання, поєднання похвали і відрази до калу – ці реакції батьків можуть визначити психологічні якості дитини, які описуються З. Фрейдом як анальний характер: ригідність, впертість, дріб'язковість, зайва ощадливість, надмірна охайність. Фіксація на анальній стадії може виражатися двома типами індивідуальних особливостей: перший характеризується придушенням імпульсів і призводить до ригідності, надмірної пунктуальності; другий, який виріс із протистояння і непокори щодо контролю, виражається в повторюваних реакціях гніву, бунтарстві та агресивності [1, с. 21; 14, с. 7].

**На фалічній** стадії, що відповідає віку 4–6 років, дитина виявляє наявність або відсутність пеніса. Ерогенною зоною є геніталії. З. Фрейд вважав, що на цій фазі всі люди переживають один конфлікт, який він описав як Едіпів комплекс. Суть цього переживання полягає в зіткненні різноспрямованих імпульсів: хлопчик відчуває потяг до матері, хоче позбутися батька і боїться покарання з його боку (комплекс кастрації). Конфлікт, пережитий дівчинкою (комплекс Електри) розвивається за тією ж схемою, тільки змінюються ролі батьків. І, окрім того, дівчинка, зауважуючи, що вона не володіє чимось, що є в хлопчика, теж хоче мати пеніс. Тому потяг дівчинки до батька ґрунтується не лише на сексуальності, але і на бажанні володіти пенісом. До того ж вона покладає на матір провину за відсутність у неї пеніса. Умовою виходу із цієї стадії є зміщення потягу, яке забезпечує можливість вибору іншого об'єкта, та ідентифікацію з одним із батьків своєї статі. У результаті приймається статева роль і розвивається Супер–Его. У протилежному випадку невирішений Едіпів комплекс провокує повторювання подібних конфліктів у житті дорослої людини. Ця фаза, за баченням З. Фрейда, є найбільш значним джерелом психічних порушень, тому що потяг, який скоординується на батьках і пригнічується, призводить до травматизації почуттів дитини. Даній фазі З. Фрейд приділяв найбільшу увагу, оскільки він вважав її найважливішою в розвитку неврозу [1, с. 21; 14, с. 212].

На **латентній** стадії психосексуального розвитку, що відповідає віку 5-6 років, сексуальність не проявляється. У цей період формуються уявлення про норми, які будуть регулювати наступні роки життя [14, с. 81].

На останній **генітальній** стадії відбувається остаточне усвідомлення статевої приналежності і здійснюється пошук шляхів генітального задоволення. Відбувається повне дозрівання людини, особисті потяги підкоряються лібідо, задоволення настає шляхом нормальні статевої активності [1, с. 22; 14, с. 28].

Отже, фіксацію створюють незадоволені інфантильні бажання. Конфліктні імпульси, викликані незадоволенням, не знаходячи інтеграції витісняються у підсвідоме. Зіткнення конфліктних тенденцій не дає вивільнитися лібідо і виступає передумовою для виникнення неврозу.

Невроз розвивається при появі травмуючої події в житті дорослого. Новий конфлікт поживляє дитячі потяги і людина

регресує на будь-яку фазу психосексуального розвитку. Виникають симптоми, що нагадують раніше отримане людиною задоволення, в поєднанні із стражданням. Дитячі переживання вносять свій внесок у визначення специфічних характеристик симптомів. Повернення до них відбувається за рахунок залишку фіксованої енергії лібідо [1, с. 22].

З розвитком теоретичних уявлень для опису генези неврозу в психоаналізі стали використовуватися поняття різних підходів: динамічного (взаємодія сил, конфліктних потягів), топографічного (способи функціонування свідомого і несвідомого), енергетичного (розподіл психічної енергії) і структурного (функціональні одиниці психіки) [1, с. 19]. З погляду енергетичного підходу розряджати накопичену енергію необхідно шляхом повернення до точок фіксації. З позиції динамічного підходу невроз описується як конфлікт між інстинктивними потягами і силами, які протидіють їхній розрядці. Енергія – основне пояснююче поняття в теорії З. Фрейда. Інстинкти лібідо і танатос – є головними джерелами енергії. Потяги прагнуть розрядки, проте їхнє задоволення не завжди можливе, воно пов'язане із небезпекою. Тому відбувається переміщення енергії із первинних об'єктів на інші. Розрядка напруги може здійснюватися і в реальній агресивній поведінці, і в спорті, і в суперечці, і в поклонінні кривднику [1, с. 23].

Енергія може “прив'язуватися” до будь-якого об'єкта, “вкладатися” в образ людини, ідею, річ. Такий процес називається катексисом. Катектована енергія не може бути спрямована на задоволення актуальних потреб. Це фактор невротичного розвитку. Терапевтичний ефект досягається, коли енергія звільняється, при цьому конфлікт усвідомлюється і вирішується [1, с. 24].

Важливою умовою виникнення неврозу з позицій топографічного підходу є витіснення переживання у безсвідому сферу. Коли витіснене переживання стає усвідомленим, коли вдається відшукати зміст симптому, відбувається виліковування. З. Фрейд писав: “Наша терапія діє завдяки тому, що перетворює без свідоме у свідоме” [1, с. 23].

Невроз можна також описати з позицій структурного підходу, як конфлікт між підструктурами особистості. Структура особистості описувалася З. Фрейдом за допомогою трьох підструктур: Ід (Воно), Его (Я) і Супер-Его (Над-Я).

**Ід (Id)** – первинна інстанція, з якої походять дві наступні. Вона є резервуаром енергії, її єдиним джерелом. Ід охоплює вроджені елементи, інстинктивні потяги; функціонує відповідно до первинного процесу; його зміст неупорядкований, не підкоряється причинно-наслідковим зв'язкам, тимчасовим залежностям. Це ірраціональна та аморальна інстанція, яка живе за принципом задоволення, знімаючи напругу за рахунок задоволення потреби. В Ід немає диференціації реальності і фантазії, є лише бажання. Саме Ід для себе – увесь світ. Майже увесь зміст Ід є неусвідомлюваним. Ід займає пануюче положення, оскільки керує головним – енергією, яка забезпечує всю активність людини [1, с. 24; 14, с. 48-49].

Але для вибору об'єкта задоволення потреби потрібний вторинний процес, необхідне **Его (Ego)**. Его здійснює контакт зі світом і живе за принципом реальності, воно вибирає спосіб активності: як задовольнити потреби, чи відкласти їхнє задоволення. Якщо Ід реагує на потребу, то Его – на можливість. Людина, завдяки цій системі, розрізняє реальність і фантазію, себе та інших, формує образи об'єктів, що задовольняють потреби. Его відповідає за самозбереження, уникання загрози, заощадження досвіду в пам'яті. Ця підструктура забезпечує розумове опрацювання матеріалу, планування й перевірку в дії тощо [1, с. 24; 14, с. 229].

**Супер-Его (Super-Ego)** через контроль і покарання вносить свій внесок у регуляцію людини. Ця підструктура являє собою традиційні норми суспільства, як їх розуміли батьки. Супер-Его формується в результаті ідентифікації з батьками на Едіповій стадії. У цій системі представлені ранні дитячі конфлікти, що виникають у результаті зіткнення заохочення і покарання дитини батьками. Якщо засвоєні норми та цінності є суворими і нереальними, людина переживатиме почуття провини, невдоволення собою. Це може призвести до саморуйнівних тенденцій особистості. Супер-Его придушує потяги Ід, так як спрямоване на моральні цілі. Більша частина Супер-Его, як і Ід, є несвідомою. Супер-Его зумовлює прагнення до досконалості, формує ідеали, моральні судження та оцінки [1, с. 25; 14, с. 193].

Як бачимо, вимоги різних підструктур суперечливі, узгодити їх досить важко. Шляхи досягнення мирного співіснування цих підструктур визначаються особистісними особливостями. З. Фрейд описав кілька специфічних механізмів, які виробляє Его задля

примирення конфліктних імпульсів: сублімація, витіснення, регресія [7, с. 26].

На думку З. Фрейда, найбільш ефективним способом функціонування людини, в умовах подавлення потягів, є **сублімація** [29, с. 156], за якої імпульси Ід спрямовуються на соціально прийнятну активність, не вступаючи в протиріччя із Супер-Его. Наприклад, агресивні імпульси знаходять вираження у спорті, сексуальні – в літературі, мистецтві, інших видах активності.

**Витіснення** – один з найбільш простих механізмів спрямованих на видалення із свідомості неприйняттого змісту. Витіснення здійснює або Его, або Супер-Его [14, с. 25-26]. Наприклад, коли людина повністю подавляє в собі агресивні імпульси, тоді вони можуть проявлятися в помилках та обмовках; коли людину чекає неприємна місія, то вона ніби ненавмисно забуває номер телефону, за яким повинна подзвонити [6, с. 26].

**Регресія** – це повернення людини на більш ранні стадії психосексуального розвитку. В емоційно важких ситуаціях доросла людина може поводитися як дитина, наприклад, вірити в таємничість парфумів, чекати від них допомоги. Повернення на оральну стадію пов'язане з оральним задоволенням, наприклад, вживанням алкоголю. Захисною реакцією може бути денний сон. Регресія може проявитися в широкому спектрі форм дитячої поведінки: псування речей, імпульсивні реакції, безпідставний ризик, агресивні дії проти авторитетних осіб і т.д. [1, с. 27; 14, с. 161-162].

Окрім вищезазначених захисних механізмів, які запропонував З. Фрейд, психодинамічна психотерапія визначає наступні:

**Заперечення** проявляється у відмові розуміти реальну причину поведінки і її прояви. Наприклад, людина говорить гнівним голосом, її міміка виражає злість, але вона зауважує і стверджує що не злиться. Алкоголіки досить часто заперечують свою залежність від алкоголю [1, с. 27; 14, с. 117-118].

**Реактивне утворення** – проявляється в людській поведінці, коли людина діє всупереч своїм бажанням. Залежна людина демонструє незгоду, негативізм, свариться з батьками. При цьому думка батьків буде для неї вирішальною, але вона постійно діє всупереч їхнім порадам і вимогам. Захисний характер такої поведінки проявляється в її емоційній насиченості і ригідності (така людина не сприймає жодної поради). Інші способи поведінки не лише не здійснюються, але і не розглядаються [1, с. 27].

Механізмом **проекції** людина користується, коли приписує іншим свої бажання, думки і мотиви, часто негативні. Наприклад: дитина наділяє своїми почуттями іграшку; “Не можна довіряти партнеру”, – стверджує бізнесмен, який сам веде нечесну гру; “Усі чоловіки хочуть лише одного”, – можна почути від жінки, яка відчуває сильний сексуальний потяг [1, с. 27; 14, с. 141].

**Заміщення** – зміна об’єкта, на який спрямовані почуття. Цей механізм включається тоді, коли вираження почуттів відносно даного об’єкта несе в собі небезпеку і викликає тривогу. Подібну ситуацію можна спостерігати в транспорті, коли на випадкового пасажера виливається гнів, першочергово спрямований, наприклад, на керівника [1, с. 27].

**Формування реакції** – це перебільшення одного з конфліктних почуттів за рахунок подавлення іншого. Наприклад: матір може повністю пригнічувати роздратування, яке іноді викликає в неї дитина, невдоволена її поведінкою вона одночасно піклується про її виховання, освіту, здоров’я. Від природної турботи матері про дитину така поведінка відрізняється нав’язливістю, а почуття – більшою інтенсивністю [1, с. 27; 14, с. 219].

**Ізоляція** – видалення інстинктивних імпульсів із підсвідомості при свідомому збереженні послідовності подій і розуміння ситуації. Тобто, розривається зв’язок між думкою та емоцією. Іноді при сильній травматизації, наприклад, смерті близької людини, пацієнт розуміє яка це велика втрата, але перестає на неї емоційно реагувати. Відбувається так зване “задерев’яніння”, зниження чутливості до травмуючого фактору [7, с. 28; 14, с. 52].

**Інтелектуалізація** проявляється в тому, що людина знає про наявність подавлених імпульсів, знання про них присутні у свідомості, приймаються людиною, але самі ці імпульси витісняються. Наприклад, можна припускати наявність гніву стосовно батька, але при цьому витіснити агресивні імпульси, спрямовані на батька та інших авторитетних осіб [1, с. 28].

**Раціоналізація** дозволяє людині виправдати неприйнятні для неї, але все-таки реально діючі бажання, почуття, мотиви. Не визнаючи дійсних рушійних сил вчинків, людина прагне підшукати їм соціально схвалюване виправдання. У такий спосіб Супер-Его справляється з Ід [1, с. 28; 14, с. 159].

**Інтроекція** – захисний механізм, який полягає в тому, що людина ніби вбирає в себе, “вбудовує” цінності і норми інших осіб або груп, приймаючи їх як власні [3, с. 16; 14, с. 62].

**Ідентифікація** – покликана захищати Его від фрустрації шляхом ототожнення його із сильною інстанцією. Таким чином, часто ідентифікація є засобом захисту від відчуття особистої неповноцінності шляхом приєднання до якоїсь могутньої організації або до авторитетної людини. Цей захисний механізм дуже важливо враховувати в процесі психотерапії, коли пацієнт може ідентифікуватися із однією з трьох позицій: агресора, жертви або нарциса [3, с. 16; 14, с. 50-51].

**Компенсація** – розвиток тих сторін, властивостей або можливостей особистості, які дозволяють їй подолати відчуття неповноцінності за рахунок отримання соціального визнання в доступних сферах діяльності. Наприклад, підліток, якому не вдається успішно засвоювати шкільні дисципліни, починає посилено займатися спортом і досягає великих успіхів [3, с. 16].

**Ритуал** – система захисних дій, покликана впоратися зі страхом або іншими негативними переживаннями. Ритуал в психоаналізі використовується при описі поведінки пацієнтів із obsesivним неврозом. Пацієнт намагається зменшити тривогу за допомогою виконання більш або менш складної стереотипної послідовності дій [3, с. 16; 14, с. 164].

**Часткова компромісна реакція** – захисний механізм від негативних почуттів, коли поведінка будується подвійно, щоб частково задовольнити соціально небажані переживання. Наприклад, одна подруга говорить іншій: “Ну, нарешті ти добре виглядаєш” [3, с. 16].

**Аскетизм** – заперечення, відмова собі в задоволенні. Така відмова може стосуватися їжі, сну, сексуального задоволення. Згідно З. Фрейду, аскетизм це захисний механізм, який використовують переважно підлітки для контролю над інтенсивністю сексуальних потягів, що проявляються після досягнення статевої зрілості [3, с. 17].

Психодинамічна терапія передбачає, що захисні механізми спотворюють реальність, але вони функціональні і необхідні, оскільки тимчасово усувають із свідомості дію травмуючого фактора. Однак, якщо вони стають занадто ригідними, то утруднюють адаптацію і розвиток людини. У процесі психотерапії захисти знімаються при одночасному зміцненні Его для того, щоб воно могло керувати



поведінкою, не спотворюючи реальність, щоб вивільнені імпульси не руйнували функціонування особистості. Сильне Его можливе при досягненні ним незалежності від Ід і Супер-Его. Тому психоаналіз спрямований на розширення поля сприйняття і реорганізацію Его, аби воно могло освоїти нові сфери Ід [1, с. 29].

### 2.3. Техніки психоаналізу

Психоаналіз відноситься до каузальних видів психотерапії, так як спрямований не на корекцію окремих проявів, а на причину неврозу. Спочатку З. Фрейд намагався прояснити зміст симптому, виявити джерело його виникнення. У цей період саме такий тип роботи як відреагування вважалося головним фактором психотерапії. Воно забезпечувалося за рахунок використання методу гіпнокатарсису. Так як цей метод не дозволяв працювати з пацієнтами у свідомому стані, то до пацієнтів, які не володіли достатньою гіпнабельністю, не застосовувався даний метод психотерапії, а таких пацієнтів був досить високий відсоток.

У наслідок цього, З. Фрейд спрямовував усі свої зусилля на створення процедури, за якої б сам пацієнт активно відтворював події з минулого. Так автором була знайдена нова стратегія, новий метод психоаналітичної роботи – **метод вільних асоціацій**. У вільних асоціаціях людина не повторює конфліктний зміст, а регресує, йдучи шляхом актуального переживання. Занурюючись в інфантильні конфлікти, пацієнт разом з психоаналітиком спостерігає, куди приведе його нитка вільних асоціацій [1, с. 30; 14, с. 168; 29, с. 147-148].

Процедура методу вільних асоціацій практикувалась З. Фрейдом наступним чином: пацієнт вмощувався на тапчан, лікар сідав біля голови так, щоб не потрапляти в поле зору пацієнта. Пацієнту пропонувалося зануритися в стан спокійного самоспостереження, не заглиблюючись у роздуми, і повідомляти все, що приходить йому в голову, без свідомого відбору, не дотримуючись жодної логіки. Тут важлива не логіка, а повнота. Пацієнта застерігали від тенденції піддаватися будь-якому мотиву, бажанню що-небудь вибирати або відкидати, навіть якщо якісь думки здаються тривіальними, ірраціональними, такими, що не стосуються справи, не є важливими або хворобливими, принизливими,

нескромними, такими що бентежать. Дотримуючись техніки вільних асоціацій важливим утриматися від критики [1, с. 31].

Змістом вільних асоціацій є минуле і майбутнє, думки і почуття, фантазії і сни. В них витіснене несвідоме виринає на поверхню свідомості. В ході вільних асоціацій пацієнт вчиться відтворювати травматичний досвід. Психоданалітик не займає ні схвальної, ні критикуючої позиції. Його завданням – слухати пацієнта, стежити за його мовленням, мімікою. Під час сеансу психоданалітик, як правило, мовчить. Мовчить він і тоді, коли пацієнт звертається до нього із запитанням, тому що насправді це питання спрямоване не до нього. Коли питання проходить різні рівні розуміння і досягає глибинних шарів, пацієнт сам виявляється здатним відповісти на власне запитання і вирішити свій внутрішній конфлікт. Основний засіб своєї роботи – інтерпретацію – психоданалітик застосовує мало і лише тоді, коли пацієнт готовий її прийняти. При інтерпретації він застосовує більш зрілі, не регресуючі частини особистості, прагнучи привести клієнта до усвідомлення джерела його проблеми, розуміння її суті [1, с. 31].

Метод вільних асоціації мав певні переваги перед гіпнотичною технікою. У стані гіпнозу відбувається лише реконструкція минулого досвіду, а метод вільних асоціацій дозволяє визволити емоції, пов'язані з негативним досвідом минулого. На відміну від катартичного методу вільні асоціації провокували менш драматичні і пролонговані зміни. При використанні вільних асоціацій ще більш потужним у порівнянні з гіпнозом виявилася протидія травматичним спогадам. З. Фрейд думав, що якщо витягнути із глибини несвідомого конфліктні потяги і почуття на світло свідомості, то вони знайдуть своє вирішення. Для такої роботи в процесі терапії необхідно перемагати витіснення, яке проявляється як опір цілям і процедурам психотерапії. Загалом, опір в психодинамічній психотерапії визначався як сила, як перепона на шляху несвідомого у свідоме [1, с. 33].

**Аналіз трансферу** [1, с. 31; 27, с. 149-150]. У процесі дослідження опорів З. Фрейд зіштовхнувся з явищем трансферу. Трансфер – це перенесення на психоданалітика почуттів, які пацієнт раніше відчував до інших людей, насамперед до батьків. Це можуть бути конфліктні переживання, наприклад любов і страх одночасно. Заново переживаючи їх, але спрямовуючи вже на психотерапевта, пацієнт їх ніби оживляє. З. Фрейд інтерпретував трансфер не як

артефакт, а як реальність психотерапевтичного процесу. Дослідження пацієнтом своїх почуттів стосовно психотерапевта дає можливість повернутися до подій минуло, зрозуміти їх [1, с. 31; 14, с. 205-206].

Феномен трансферу діє на несвідомому рівні, пацієнт не усвідомлює його функціональне значення. Працюючи із трансфером, аналітик, не даючи ніякого пояснення пацієнту з приводу трансферу, заохочує розвиток останнього до того часу, поки в пацієнта не сформується те, що З. Фрейд назвав неврозом трансферу. Заохочення психотерапевта підвищує ймовірність появи у пацієнта інсайту – раптового усвідомлення власних укорінених способів переживання, відчуттів та реакцій на значимих людей, які беруть свій початок в ранніх роках життя. Згідно із З. Фрейдом, по мірі того, як пацієнт починає поступово усвідомлювати істинне значення свого трансферу щодо аналітика, він досягає інсайту по відношенню до минулих переживань і відчуттів, які найтісніше пов'язані з актуальними труднощами. Ортодоксальні психоаналітики розглядають аналіз трансферу як абсолютно необхідний етап терапевтичного процесу, вважаючи, що успіх терапії залежить виключно від цього [29, с. 149-150].

Поняття трансферу виявилось одним із центральних понять психоаналізу. Надалі його зміст уточнювався, змінювався як самим З. Фрейдом, так і його послідовниками. Одні автори вважають, що трансфер виникає з неусвідомленої надії отримання задоволення. Інші розглядають його насамперед як опір, оскільки він дозволяє уникнути хворобливі спогади, заміняє усвідомлення відіграванням в дії. Треті розглядають його як спроби Его навчитися справлятися з надмірною напругою. Четверті під відіграванням розуміють спробу тримати себе в руках. Різноманіття поглядів на феномен трансферу відображає серйозну увагу до нього з боку психоаналітиків.

Наступною технікою, яка займає особливе місце в психоаналізі є **робота зі сновидіннями** [25].

Ідея про сновидіння як про реалізацію несвідомого бажання з'явилася у З. Фрейда в 1895 р. і перетерпіла чимало змін в ході розвитку його вчення. Відповідно до його уявлень, сновидіння спрямовуються несвідомими імпульсами, в яких людина не хоче зізнатися у свідомому стані. Під час сну контроль свідомості слабшає, і заборонені імпульси виходять назовні.

З. Фрейд розглядав сновидіння як переведення прихованого (латентного) змісту несвідомого на мову символів. Під прихованим

змістом розумілися витіснені бажання. Явний, виявлений зміст отримується в результаті процесів згущення, зміщення і вторинної обробки [1, с. 35].

Під *згущенням* розуміється комбінація різних елементів, навіть їхнє накладання один на одного в одному елементі сновидіння. Ці елементи поєднуються подібністю переживань. Наприклад, пацієнту приснився керівник, проте дія сну відбувалася в рідному місті пацієнта, звідки він давно виїхав. При аналізі сну пацієнт згадав, що в дитинстві його побили однокласники саме в тому місці, яке з'явилося у сні. Обидва елементи сну були пов'язані з образом. Часто згущення буває набагато сильнішим, коли в одній особі поєднуються або послідовно з'являються якості, риси різних людей, люди переміщуються з одного місця в інше або перебувають ніби одночасно в багатьох місцях: кімната розташована в іншому будинку і т.д [1, с. 35].

*Зміщення* проявляється в тому, що у сновидінні проявляється випадковий елемент, мало пов'язаний з головним змістом ситуації, у якій виявилось неусвідомлене переживання. Наприклад, напередодні людина відчула незручність, коли під час бесіди із діловим партнером виявилось, що вона є не компетентною. У сні із цієї ситуації був присутній лише письмовий прилад партнера. Переживання незручності, як травмуючий фактор, могло зруйнувати сон, і "цензура" його не пропустила, непоміченою прослизнула лише одна деталь [1, с. 36; 14, с. 180].

Процес, в результаті якого сновидіння набуває цілісності і зв'язності, в якому заповнюються прогалинами, виправляються невідповідності, був названий *вторинною обробкою* [14, с. 24].

Сновидіння видозмінюють, трансформують, спотворюють реальність, вони будуються за логікою несвідомого. Простір і час не мають влади на цій території. У сні немає логічних зв'язків, які нав'язуються людині мовою, йому далекі відносини причини і наслідку, умови, протилежності, відомі лише асоціативні зв'язки. Тому, наприклад, якщо людина бачить у сні смерть когось із близьких, це може означати і реалізацію прихованого бажання, і страх втратити цю людину.

Образи сну З. Фрейд розглядав як знаки, які психоаналітик повинен розшифрувати як ребус, який варто розгадати. Він вважав, що більшість образів – універсальні, загальні для всіх людей символи, які мають сексуальну природу та відображають інфантильні потяги.

Символи асоціативно пов'язані з прихованим змістом і нагадують його елементи або за функцією, або за формою. Так, наприклад, чоловічі геніталії символізуються ціпками, деревами, ножами, фонтанами, ручками, рибами, плазунами. Жіночі геніталії з'являються у сні як печери, лісиста місцевість, кімната, двері, коробка, скринька, туфлі, сад, квітка і т.д. Статевий акт символізується танцями, польотом, підйомом сходами або нагору, ремісничими роботами, насолодами, відкриванням дверей і т.д. Безліч подібних символів зафіксовано у фольклорі (загадках, приказках, казках) і в мистецтві [1, с. 36].

Метод аналізу сновидінь полягає в поділі його на елементи та з'ясуванні асоціацій, пов'язаних з кожним елементом. Актуалізація минулих подій в образах сновидіння дозволяє зрозуміти конфлікти, які знайшли в ньому своє вираження. При тлумаченні важливо не лише зрозуміти значення символу, але і виявити, чому саме він був обраний, які події і переживання викликали до життя цей образ.

Часто зустрічаються подібні теми, мотиви, образи у різних людей. Це, наприклад, польоти, напади, переслідування, екзамени, поява в людному місці неодягненим або одягненим неналежним чином і т.д. При аналізі сновидінь особливо важливо пам'ятати, що один і той самий символ для різних людей набуває різного сенсу. Так образ вогню може бути і символом чуттєвості, і символом Бога, він може означати і тепло, і затишок, і небезпеку. Такий образ також може бути пов'язаний із задоволенням, страхом, агресією [7, с. 37].

Слід зазначити, що джерело сновидінь – це актуальні переживання, які пов'язані із інфантильними конфліктами. Події сьогодення викликають до життя минуле, із сплетіння цих різних ліній утворюється складний візерунок сновидіння, скріплений спільністю переживання. Оскільки в сні представлені актуальні потреби і бажання, готові до реалізації, можна сказати, що воно спрямоване на майбутнє [1, с. 38].

На початку роботи зі сновидінням аналітик звертає увагу на події попереднього дня і відшуковує матеріал, який міг би бути джерелом сновидіння. Пацієнт переконується, що продукт сну виникає не випадково, і починає ставитися до нього серйозно, а не як до безглузлого і хаотичного накопичення образів. Важливо, щоб пацієнт прийняв сновидіння як своє, таке, що відображає його проблеми і спонукування. Це готує його до того, щоб надалі виявляти “сліди” роботи цензури, опір і дію характерних для пацієнта захисних механізмів.

Головною умовою успіху аналізу сну є уважне і серйозне ставлення до тих образів, які посилає несвідоме через сон. Сновидіння аналізує сам пацієнт, а не просто погоджується з інтерпретацією психотерапевта. Пацієнт віднаходить дороговказні нитки у плині своїх асоціацій і, слідуючи за ними, самотійно прокладає шлях. Здобуваючи досвід роботи зі сновидіннями, пацієнт поступово залучає матеріал віддаленого минулого, дитячі спогади і фантазії. При цьому аналіз сновидінь проводиться відповідно до темпу усього психотерапевтичного процесу [1, с. 39].

**Аналіз помилкових дій.** До помилкових дій в психоаналізі відносяться обмовки, описки, помилки, а також забування намірів, імен, назв, переживань, ховання і нібито втрачання речей [3, с. 30].

З. Фрейд вважав, що помилкові дії не випадкові. Вони являють собою психічні акти, в яких можна знайти сенс і намір. Ці психічні акти виникають в результаті одночасної дії чи протидії протилежних бажань. При цьому одне з конкуруючих бажань, як правило, те, яке не приносить задоволення, виштовхується в підсвідомість і може проявлятися в тій чи іншій помилковій дії. Причиною помилкових дій З. Фрейд визнавав і такі чинники, як хвилювання, втому, розсіяність, нездужання. Проте він не вважав їх головними, оскільки будь-які помилкові дії можливі в абсолютно здоровій людини [3, с. 30].

Розглянути приклади помилкових дій [21]. У вступній промові професор говорить: “Я не схильний (замість не “здатний”) оцінити заслуги свого поважного попередника”. Керівник відкриває засідання словами: “Шановне панство, я визнаю число присутніх достатнім і оголошую засідання закритим” (замість “відкритим”). Обидві обмовки, на думку З. Фрейда, мають приховане значення. У першому випадку професор не бажав визнавати заслуги попередника, в другому – керівник не чекав від засідання ефективної роботи і відразу ж готовий був його закрити.

## **2.4. Результат психотерапевтичного впливу**

На початку роботи з пацієнтом час закінчення психодинамічної психотерапії визначити неможливо, оскільки її процес може тривати декілька років. Під час обговорення умов терапевтичного контракту психотерапевт зазвичай пояснює, що тривалість терапії, перш за все, залежить від того, скільки часу буде потрібно для виявлення і

вирішення внутрішніх неусвідомлюваних конфліктів пацієнта. Іноді цей процес може продовжуватися декілька років, коли зміни відбуваються при мінімальних зрушеннях стану людини, які можуть повільно розпізнаватися [2, с. 110].

Проте, все ж таки настає той час, коли і терапевт, і пацієнт приходять до висновку, що терапія вступає в свою завершальну фазу. Вони помічають як новий матеріал так і нові опори більше не надходять і не спостерігаються. Зазначається продуктивна робота пацієнта, який самостійно використовує в практиці свого повсякденного життя те, чому він навчився в кабінеті психотерапевта [2, с. 110].

Про необхідність завершення психодинамічної терапії свідчить:

- 1) вирішення проблем пацієнта;
- 2) усвідомлення пацієнтом своїх проблем як дистонних утворень;
- 3) розуміння пацієнтом особливостей свого особистісного розвитку, захисних і адаптивних механізмів, об'єктних відносин, переживань власного "Я" і т.д., які були причинами проблем;
- 4) здатність пацієнта розпізнавати і володіти своїми трансферентними реакціями;
- 5) вироблення навиків самоаналізу, як методу діагностики і вирішення своїх внутрішніх конфліктів [2, с. 110].

В ідеалі, питання щодо завершення психотерапевтичного курсу ініціює сам пацієнт. Часто, пацієнти піднімають питання про завершення психотерапії не прямо, а опосередковано, у вигляді фантазій або гіпотетичних обговорень. У зв'язку з цим психотерапевту, перш ніж переходити до обговорення, зазвичай рекомендується послухати пацієнта певний час, уважно проаналізувати нові питання і нові конфлікти, які може викликати дана тема, і намагатися визначити, чи не є питання щодо закінчення психотерапії проявом опору [2, с. 110].

Проте, може бути і так, що питання про завершення роботи "висить у повітрі", а пацієнт уникає всілякого спогаду про таку можливість. У цій ситуації терапевт повинен розцінювати це як прояв психологічного захисту проти завершення терапії.

У будь-якому випадку терапевт повинен визначити власне бачення цієї ситуації. Цим він стимулює початок процесу завершення терапії. Кінцева дата встановлюється за взаємною згодою. Зазвичай

вона призначається за декілька тижнів, але іноді з'ясовується, що для остаточного опрацювання відчуттів, пов'язаних із завершенням психотерапії, буде потрібно декілька місяців [2, с. 110].

На завершальному етапі перед терапевтом і пацієнтом повстає багато завдань. Для пацієнта це перш за все: 1) переживання і оволодінням відчуттями розлуки і втрати, 2) остаточне опрацювання трансферентних відчуттів по відношенню до терапевта і 3) початок самоаналізу. Підводячи підсумки психотерапії, пацієнт ретроспективно звертається до особистої історії і проблем, які привели його до терапії, оцінює свої досягнення, зміни. Таке підведення підсумків допомагає пацієнту завершити курс терапії з усвідомленням виконаного обов'язку, переживаючи дуже важливі почуття гордості за себе і глибокої подяки до терапевта, який відіграв важливу роль у цьому процесі. Крім того, підведення підсумків терапії дозволяє полегшити подальший самоаналіз пацієнта, ще раз повторюючи і "освіжаючи" ті знання про себе, які йому вдалося накопичити [2, с. 111].

Оцінюючи ефективність наданої допомоги, з погляду позбавлення пацієнта від проблем, що привели його до психотерапії, терапевт завжди повинен пам'ятати, а пацієнт розуміти, що цілі терапії, хоча і пов'язані з цілями пацієнта в житті, все ж таки істотно відрізняються від них. Цілі терапії завжди значною мірою залежать від реальних вимог і можливостей, які висуваються самим життям, тобто від того, що "можливе зараз в даному контексті" [17, с. 98]. Успішність психодинамічної терапії зовсім не означає вільну і повну реалізацію пацієнтом всіх своїх надій і бажань. Пацієнт, вступаючий в завершальну стадію психотерапії, повинен відчувати, що завдяки їй він може постійно функціонувати на якісно вищому рівні, знати про ті особливості власної особистості, які можуть призвести до виникнення інтрапсихічних конфліктів [2, с. 111].

На завершальній стадії психотерапевтичного процесу функції аналітика поступово виконує пацієнт. Він починає інтенсивніше займатися самоаналізом для розуміння і вирішення внутрішніх конфліктів. Цей процес вимагає від психотерапевта особливої уваги до пацієнта. Психотерапевт повинен заохочувати самостійні зусилля пацієнта, спрямовані на власну інтерпретацію трансферного опору і не заважати йому.

Потрібно відзначити, що завершення лікування не означає, що пацієнту вдалося реалізувати всі свої надії і бажання. І в цьому



випадку неминучі розчарування. Проте пацієнти, які оволоділи психологічними інструментами для розуміння внутрішніх конфліктів і навчилися вирішувати останні, можуть усвідомити ситуацію, що склалася, і зробити відповідні висновки [3, с. 32].

Основною задачею психодинамічної психотерапії – досягнення усвідомлення несвідомого матеріалу, розуміння того, як дитячі конфлікти визначають актуальні проблеми пацієнта. Результатом такої роботи є інсайт – отримання людиною нового знання про походження внутрішньо-особистісного конфлікту. Це нове знання не зводиться до інтелектуального розуміння зв'язку минулого і теперішнього досвіду, а означає поживлення пережитих раніше почуттів. Якщо пацієнт зрозумів, що у сварці з начальником він проявляв свою злість на батька, то, заново переживаючи амбівалентні почуття, він впізнає їх і в інших ситуаціях [1, с. 66].

Але чи означає інсайт дійсно об'єктивне знання? Чи можливо взагалі говорити про об'єктивність там, де мова йде про суб'єктивне встановлення зв'язків переживань, що, можливо, ніколи не були представлені на рівні диференційованих емоцій? Д. Спенс вважає, що немає єдино щирого розуміння подій минулого. Його опис залежить від способу представлення досвіду, який визначається теорією. Пацієнт відтворює не “чисті” спогади, а побачені крізь призму психоаналізу, підготовлені попередніми інтерпретаціями, сформовані відповідно до визначених очікувань і визначеною логікою. Тому, засвоєння метафори, сконструйованої в психоаналізі, є надзвичайно важливим для будь-якого типу терапії. Сучасні психоаналітики не надають великого значення інсайту, як З. Фрейд, а спрямовують зусилля на навчання, набуття пацієнтом нового досвіду [1, с. 66].

У завершальній фазі психотерапії пацієнт випробовує дуже хворобливе та універсальне для всіх людей переживання втрати стосунків з людиною, яка надала йому велику допомогу і яку він зазвичай сприймає як людину добру, таку що розуміє і не несе у собі небезпеку. Ці переживання надають ще одну можливість для особистісного зростання пацієнта через опрацювання трансферентних відчуттів, які викликаються за допомогою такого досвіду. Відзначимо, що, у свою чергу, терапевт теж відчуває схоже відчуття втрати. Разом з пацієнтом він втрачає свого “колегу” і ту частину життя, яка була прожита разом з ним. Тому терапевту необхідно звертати пильну увагу на свої контртрансферні відчуття, які можуть призвести до спроб уникнення втрати пацієнта [2, с. 111].

У зв'язку з переживанням втрати часто спостерігається рецидив проблем і повернення до старих трансферентних зразків та стилів взаємодії з терапевтом. Подібна ситуація може виявитися хорошим “пробним камінцем” для застосування пацієнтом своїх знань і навиків на практиці. Крім того, досвід розлуки спонукає до прояву важливих останніх трансферентних елементів [2, с. 111].

У зв'язку з цим, у цей період від терапевта вимагається максимум уваги і заохочення тенденцій самоаналізу пацієнта. Підтримуючи його незалежні зусилля з інтерпретації трансферу, терапевт може ненав'язливо керувати пацієнтом, наприклад, вказуючи йому на непомічені залишкові прояви трансферентних відчуттів і пояснюючи, яким чином вони можуть перешкоджати здатності незалежно міркувати про себе [2, с. 111].

Крім того, завершуючи процес психотерапії, терапевт повинен спільно з пацієнтом обговорювати відчуття, пов'язані з розчаруванням в проведеній терапії, її межі і невдалі аспекти, обговорити можливість повторного курсу в майбутньому і по мірі необхідності, плани пацієнта на майбутнє [2, с. 112].

Іноді психотерапевт свідомо або несвідомо відчуває небажання закінчувати курс терапії із-за свого розчарування в тому, що було зроблено, або ж свідоме або несвідоме відчуття провини перед пацієнтом. Подібні відчуття з боку терапевта можуть гальмувати розвиток автономних здібностей пацієнта [2, с. 112].

Обговорюючи межі терапевтичного процесу, аналітик повинен обговорити можливість майбутнього продовження психотерапії. Якщо питання про це ставиться пацієнтом, терапевту слід розглянути його з погляду співвідношення реальності і залишкових трансферентних відчуттів. Якщо терапевт вважає, що є необхідність продовження терапії, а пацієнт, при обговоренні цього питання, залишається байдужим, то терапевт повинен трактувати таку ситуацію як опір подальшій роботі [2, с. 112].

Що ж варто вважати результатом психотерапевтичного процесу? Зникнення симптомів, поліпшення стану, будь-яка зовнішня зміна в житті? Хто є ініціатором завершення психотерапії? Як відрізнити реальний результат від маскуванню опору?

Безумовно, зникнення або істотне полегшення симптомів є необхідною умовою завершення психотерапії. Але головне, щоб на підставі набутого досвіду пацієнт навчився аналізувати свої внутрішньо-особистісні конфлікти. Під таким умінням в

психодинамічній терапії розуміється здатність виявляти захисні механізми, розуміти їхню функцію, виявляти в діях, думках і почуттях ригідні структури, що є повторенням дитячих конфліктів, проробляти їх, усвідомлювати трансферні реакції. Інакше кажучи, клієнт може здійснювати самоаналіз за допомогою тих засобів, які він використовував разом з терапевтом в ході аналізу. Саме цей критерій є визначальним для завершення психотерапії. Психоаналіз не спрямовується на знищення всіх конфліктів, оскільки це неможливо; він не може бути обмежений і завданням полегшити страждання. Головна задача – навчити клієнта вирішувати свої проблеми, переносити ці вміння за межі психотерапевтичного кабінету.

У разі невдалого результату курсу психодинамічної психотерапії завершення може відбуватися за ініціативи як терапевта, так і пацієнта (навіть у разі інтерпретації його як опору). У такій ситуації і пацієнт, і терапевт можуть переживати сильне розчарування один в одному, в самих собі і в самій психотерапії зі всіма її теоріями і технікою, що не виправдали їхні очікування. Тому, по-перше, психотерапевт повинен створити таку атмосферу, щоб всі негативні відчуття виражав лише пацієнт. По-друге, як би високо він не оцінював психодинамічну терапію як вид допомоги, при найкращій можливості він повинен допомогти пацієнту розглянути альтернативні види психотерапії. І, по-третє, терапевт повинен спробувати розвінчати міф, що склався у пацієнта, про те, що якщо така психотерапія була неефективною, то це означає повний і остаточний провал.

Р. Урсано, С. Зонненберг і С. Лазар описують деякі прийоми, які можуть допомогти терапевту подолати відчуття повної невдачі, викликані у пацієнта. Перший із них полягає в нагадуванні пацієнту про тривіальність психологічної істини, що кожній людині властиво змінюватися, незалежно від її специфічних рис і психологічних проблем. Відповідно, якщо психотерапія не допомогла на цьому життєвому етапі, то це зовсім не означає, що терапія не зможе допомогти пізніше. Другий прийом полягає в обговоренні проблеми, що існує в психотерапії, щодо сумісності терапевта і пацієнта. Спрямованість такого обговорення повинна бути зорієнтована на зняття у пацієнта відчуття провини із-за негативного результату психотерапії і стимулювання його на пошуки іншого виду психотерапії або іншого психотерапевта. Ще одним прийомом може слугувати обговорення можливості переходу пацієнта до іншого

терапевта, на підставі взаємного визнання трансферентного підґрунтя, вирішення про завершення курсу терапії [2, с. 112].

## Висновки

Психоаналітична теорія З. Фрейда являє собою вигадливий візерунок різних картин світу, сплетіння різних способів мислення. У ній присутній міф: персоніфікація сутностей, опис елементів структури особистості (Ід, Его, Супер-Его) як живих істот з різними мотивами і бажаннями. Помітно виражена і донаукова орієнтація (аристотелівський спосіб мислення) у пошуці універсальних сутностей і виявлення незмінної природи об'єктів (поняття лібідо, ідея сексуальної етіології неврозів). У теорії представлена спроба пояснити психологічні феномени за допомогою природничо-наукових понять (рух енергії, інстинкти).

У даний час психодинамічна психотерапія залишається одним з найбільш впливових напрямків. При всій мінливості її базових понять і технік вона зберегла головну характеристику – психодинамічний принцип. Вплив терапевта спрямовується на суть проблеми, а не на її окремі прояви.

У психодинамічній терапії детально досліджені різні феномени, що виникають у ході психоаналізу. У рамках теоретичної моделі описано структуру особистості, етапи її розвитку, розглянуто типові проблеми пацієнтів, пояснюються численні психологічні факти, проаналізовано труднощі, які виникають у психоаналізі, досліджено механізми терапевтичного впливу, представлені техніки. Поняття трансферу, опору, захисних механізмів, вперше описаних в психоаналізі, дають можливість розуміти та оптимальним чином організувати терапевтичний процес.

Важливим досягненням сформульованим основоположником психоаналізу З. Фрейдом, є розуміння вирішального впливу на розвиток особистості раннього дитинства, стосунків дитини з близькими, які характерні для цього періоду.

Найбільш значним є внесок психоаналізу в методичну оснащеність психотерапії: сформувалася загальна схема терапевтичного інтерв'ю; розроблений метод вільних асоціацій і метод аналізу сновидінь; склалася професійна позиція терапевта; намітилися основні принципи стосунків із пацієнтом.

## Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте соціокультурний і науковий контекст виникнення психоаналізу.
2. Проаналізуйте методологічні інновації які ввів З. Фрейд.
3. Охарактеризуйте фактори, що визначають генезу невроту в психоаналізі.
4. Наведіть приклади використання психологічних захистів.
5. Опишіть стадії психосексуального розвитку, а також типи регресивного поведінки, характерні для кожної з цих стадій.
6. Наведіть приклади прояву опору.
7. Назвіть етапи роботи з опором, самопідготовки в психоаналізі.
8. Дайте визначення трансферу та охарактеризуйте послідовність його аналізу.
9. Опишіть основні техніки психоаналізу.
10. Проаналізуйте фактори, які засвідчують припинення психодинамічної терапії.

## Література

1. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии : учеб. пособие [для студ. вузов, которые обучаются по спец. “Психология”, “Соц. педагогика”] / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника–Центр; М. : Алетейа, 1999. – 320 с.
2. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).
3. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
4. Калинина Н. Ф. Основы психоанализа / Калинина Н. Ф. – Москва : Рефл-бук ; Киев : Ваклер, 1997. – 165 с.
5. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения / Кан М. ; под общ. ред. В. В. Зеленского, М. В. Ромашкевича. – СПб. : Б.С.К., 1997. – 143 с. – (Современный психоанализ).
6. Касафонт Х. Р. Зигмунд Фрейд / Касафон Х. Р. – М. : АСТ МОСКВА, 2006. – 256 с. – (Биография и творчество).

7. Малкина-Пых И. Г. Справочник практического психолога. Техники психоанализа и терапии Адлера / Малкина-Пых И. Г. – М. : Эксмо, 2004. – 352 с.
8. Осборн Р. Знакомьтесь: Фрейд / Осборн Р. – К. : София, 1997. – 176 с.
9. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учебное пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
10. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
11. Психотерапевтичний практикум. Класичний психоаналіз / [ред.-упоряд. З. С. Карпенко ]. – Івано-Франківськ : Гостинець, 2004. – Вип. 1. – 60 с.
12. Психотерапия – что это? Современные представления / под ред. Дж. К. Зейга, В. М. Мьюниона ; пер. с англ. Л. С. Каганова. – М. : Класс, 2000. – 432 с.
13. Психотерапия : учеб. [для студ. мед. вузов] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 536 с. – (Национальная медицинская библиотека).
14. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Райкрофт Ч. – СПб. : Восточно-вропейский Институт Психоанализа, 1995. – 288 с.
15. Романин А. Н. Основы психоанализа / Романин А. Н. – Ростов н/Д : Феникс, 2003. – 316 с.
16. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
17. Урсано Р. Психодинамическая психотерапия / Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар. – М. : Рос. психоанал. ассоциация, 1992. – 158 с.
18. Фрейд А. Введение в детский психоанализ. Норма и патология детского развития. “Я” и механизмы защиты / Фрейд А. – Минск : Попури, 2004. – 448 с.
19. Фрейд А. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов / А. Фрейд, З. Фрейд ; сост. и ред. М. М. Решетников. – СПб. : Институт Психоанализа, 1997. – 387 с.
20. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции / Фрейд З. – СПб. : Питер, 2004. – 382 с. – (Золотой фонд психотерапии).
21. Фрейд З. Избранное / З. Фрейд. – Ростов н/Д. : Феникс, 1998. – 351 с. – (Выдающиеся мыслители).

22. Фрейд З. Истерия и страх / Фрейд З. – М. : ООО Фирма СТД , 2006. – 319 с.
23. Фрейд З. Психоаналитические этюды / Фрейд З. – Минск : Попури, 2003. – 602 с.
24. Фрейд З. Психология бессознательного / Фрейд З. – [2-е изд.]. – СПб. : Питер, 2004. – 390 с. – (Мастера психологии).
25. Фрейд З. Толкования сновидений / Фрейд. З. – СПб. : Азбука-классика, 2004. – 510 с.
26. Фрейд З. Тотем и табу. Психология первобытной культуры и религии / Фрейд З. – СПб. : Алтейя, 2000. – 223 с.
27. Фрейд З. Я и Оно / Фрейд З. – М. : МПО МЕТТЭМ, 1990. – 56 с.
28. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.
29. Хьелл Л. Теория личности: основные положения, исследования и применение / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. : Питер, 1997. – 608 с.
30. Эволюция психотерапии: сборник статей. Осень патриархов: психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия / под ред. Дж.К. Зейга. – М. : Класс, 1998. – Т. 2. – 416 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
31. Marmor J. Modern psychoanalysis: New directions & Perspectives / Marmor J. – New York : Basic Books, 1995. – 732 p.
32. Paolino T. J. Psychoanalytic psychotherapy theory, technique, therapeutic relationship and treatability / Paolino T. J. – New York : Brunner/Mazel, 1981.



## Карл Густав Юнг Carl Gustav Jung

(1875-1961)

Швейцарський психолог і психіатр, фундатор аналітичної психології. Закінчив медичний факультет університету в Базелі (Швейцарія). З 1900 р. працював асистентом в психіатричній клініці м. Цюріха, яку очолював Е. Блейлер. У 1905-1906 рр. викладав психіатрію в університеті м. Цюріх. З 1907 по 1912 р. активно співпрацював із З. Фрейдом, став його найкращим послідовником.

З 1911 по 1914 рр. очолював Міжнародну психоаналітичну асоціацію.

Проте в 1913 р. К. Юнг відходить від вчення З. Фрейда. Це пов'язують з виходом його книги “Метаморфози і символи лібідо”, в якій відкидалася сексуальна інтерпретація лібідо. З 1913 р. К. Юнг займався приватною психоаналітичною практикою, багато подорожував, відвідав Північну Африку, США, Мексику, Кенію, Цейлон (Шрі-Ланка). Вчений цікавився даосизмом, буддизмом, зберіг інтерес до філософії. “Всупереч науковим інтересам, що зростають – писав він – я час від часу повертаюся до моїх наукових книг”. У результаті вивчення різних культур він сформулював поняття “колективне несвідоме”, розробив теорію розвитку, яка представлена в понятті індивідуації, типології особистості. У роботі “Психологічні типи” (1921) К. Г. Юнг представив концепцію інтроверсії та екстраверсії. Представники різних шкіл сучасної психології, філософії, мистецтва визнають вплив К. Юнга на розвиток їх особистості і творчості.



## РОЗДІЛ 3. АНАЛІТИЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ

### 3.1. Суть аналітичної психотерапії

Психотерапію К. Г. Юнг розглядав як різновид освітнього процесу, оскільки, на відміну від З. Фрейда, вважав що краще говорити не про хворобу пацієнта, а про загальний “невроз віку”. У практичній діяльності К. Г. Юнгу, як правило, доводилося мати справу з людьми в другій половині їхнього життя. Це дозволило йому сформулювати не клінічне, а філософське розуміння проблем пацієнтів, пов’язане із втратою ними сенсу буття. Тому ціль психотерапії він вбачав у навчанні людей зрозуміти свій внутрішній світ, який веде до поглиблення повноти гармонійного буття [3, с. 34].

Основні поняття і методи аналітичної психології і психотерапії К. Г. Юнг сформулював в Тевістокських лекціях (Лондон, 1935 р.) [20]. У структуру психічного буття людини, згідно К. Г. Юнгу, входять дві фундаментальні сфери: свідоме і несвідоме. У свою чергу, несвідоме К. Г. Юнг підрозділяв на індивідуальне і колективне. До колективного несвідомого автор відносить зміст психіки не окремого індивіда, а всього людства як якогось загального цілого, колективного за природою. Ці колективні типи (або зразки) він назвав архетипами [7].

**Архетип** (від грец. ἀρχή – початок, τύπος – образ) – універсальні образи чи символи, які містяться у колективному несвідомому; схиляють індивідуума відчувати почуття чи думки певним чином відповідно до даного об’єкта або ситуації [9, с. 209]. Згідно К. Г. Юнгу, архетипи являють собою структурні елементи людської психіки, приховані у колективному несвідомому, загальному для всього людства. Вони успадковуються подібно тому, як успадковується будова тіла. Архетипи задають загальну структуру особистості і послідовність образів, які з’являються у свідомості при пробудженні творчої активності, тому духовне життя несе на собі архетиповий відбиток.

Архетип – це форма без власного змісту (відбиток), який організовує і спрямовує психічні процеси. Він проявляється у вигляді символів: в образах героїв, міфах, фольклорі, обрядах, традиціях і т.д. Оскільки узагальнений досвід наших предків достатньо багатий, то і архетипів існує чимало. Головні з них – архетипи Матері і Батька. Причому ці архетипи визначають не лише реальні образи батька і

матері, але і узагальнені [13]. Так, до архетипу Матері можна віднести і узагальнений образ жінки, реальної або міфічної: Діва Марія, Мати, Венера, Фея. Це можуть бути також не лише позитивні, але й негативні образи: Мачуха, Відьма, Баба Яга, Зла Чаклунка. Архетип Батька визначає загальне ставлення до чоловіків: Батько, Ілля Муромець, Богатир, Мудрий Старець, Закон, а також Деспот, Кощій Безсмертний, Злий Чаклун [3, с. 36].

Таким чином, К. Г. Юнг звільнив психіку від укоріненості в минулому і в сексуальності, ввів її у широкий соціокультурний контекст цивілізації. В аналітичній психотерапії психотехніка аналогічна психоаналізу, проте в ній більше уваги приділяється тлумаченню сновидінь, причому це тлумачення виходить за рамки сексуальної тематики, а їх символіка трактується співвідносно до культурології.

Психотерапевт юнгіанського напрямку будує свої відносини з пацієнтом наступним чином. З одного боку, як і психоаналітик фрейдівської школи він використовує трансфер і контртрансфер (перенесення і контрперенесення), а з іншого – на відміну від фрейдистів прагне допомогти пацієнту поглибити його саморозуміння у всіх доступних напрямках його взаємозв'язку зі світом [3, с. 36].

Свою теорію К. Г. Юнг назвав аналітичною психологією з метою відмежувати її від психоаналізу З. Фрейда. Надаючи, як і З. Фрейд, вирішального значення в регуляції поведінки несвідомому, К. Г. Юнг, поряд із його індивідуальною (особистісною) формою, виділив колективну, яка ніколи не може стати змістом свідомості.

**Колективне несвідоме** – найглибший рівень особистості, якій містить у собі спогади й образи, що передаються спадково від попередніх поколінь [9, с. 210]. Первинні утворення, які знаходяться в цьому фонді – архетипи (загальнолюдські прототипи) – лежать в основі символіки творчості, різних ритуалів, сновидінь і комплексів [3, с. 40]. В якості методу аналізу прихованих мотивів К. Г. Юнг запропонував тест на асоціацію слів (асоціативний експеримент). Неадекватна реакція або затримка реакції на слово-подразник свідчить про наявність комплексу.

**Комплекс** – неусвідомлюваний досвід, який обумовлює структуру і спрямованість свідомості. Наприклад, Едіпів комплекс, комплекс провини та ін.

Під **лібідо** К. Г. Юнг розумів не лише сексуальну, але і будь-яку життєву енергію.

І нарешті, запропонована К. Г. Юнгом типологія характерів, відповідно до якої є дві головні категорії людей – **екстраверти** (спрямовані на зовнішній світ) та **інтроверти** (спрямовані на внутрішній світ), отримала широке розповсюдження в конкретних психологічних дослідженнях особистості, що виходять за рамки аналітичної психології [3, с. 40].

Психотерапевтичний процес в аналітичній психології складається із чотирьох етапів, оскільки чотири – це число, у якому символічно представлена завершеність, тобто чотири кроки психотерапевтичного процесу за К. Г. Юнгом відображають прагнення до повноти і цілісності.

1. Перший етап психотерапії К. Г. Юнг назвав **катарсисом**. На цьому етапі людина повинна виговоритися – так досягається катартичний ефект. К. Г. Юнг підкреслював його подібність зі сповіддю, коли людина, говорячи про свої гріхи, полегшує душу, тобто визнає за собою те, чого хотіла б позбутися. Визнаючи у собі несвідоме пацієнт включається в роботу, яка спрямовується на розуміння дисфункційних проявів. Катарсис – це перший крок на шляху до подолання розколу особистості [1, с. 115].

2. Другий етап визначається як **аналіз, тлумачення**. Дослідження рівня свідомості включає в себе аналіз орієнтацій, цінностей, установок, які впливають на життєвий шлях пацієнта. Особлива увага звертається на суперечливі способи реагування і дій [1, с. 115].

Найбільш продуктивним підходом К. Г. Юнг вважав аналіз проєкцій. Один з основних методів реалізації даного підходу – робота з трансфером. Визнаючи трансфер як феномен, К. Г. Юнг не вважав його необхідною умовою лікування, так як трансфер може і не виникнути. Також немає необхідності штучно форсувати трансферні реакції, що фруструють пацієнта. К. Г. Юнг вважав, що у регресивних формах позитивного або негативного трансферу проявляється прагнення невротика отримати від психотерапевта напрямок у житті. Найбільш глибоким почуттям є потреба в особливому контакті з психотерапевтом, а не сексуальне почуття [1, с. 116].

Аналіз переносу починається з його усвідомлення, дослідження того, яким чином напрямок проєкції задається індивідуальним досвідом пацієнта. Пацієнт повинен асимілювати

спроєктований зміст, прийняти його як свій. Однак існують також знеособлені проєкції, джерело яких знаходиться у колективному несвідомому. Вони мають архетипову природу. Під впливом їхньої дії психотерапевту приписуються не лише батьківські риси, але і характеристики з більш глибокого прошарку, наприклад образ рятівника, мудреця. Колективне несвідоме проявляється лише у вигляді проєкцій. Протягом історії цивілізації в ритуалах, церемоніях, міфах розроблялися способи вираження змісту колективного несвідомого. Вони покликані захищати індивідуальну психіку від вторгнення архетипів. Сила та інтенсивність безособових проєкцій набагато більша, ніж особистих. При цьому зміст проєкції непереборний. Тому, оптимальний спосіб роботи з проєкцією – відокремити вставлення психотерапевта від безособових факторів і віднаходження тих символів, в яких колективне несвідоме самовиражається. Як засіб реалізації цієї мети К. Г. Юнг використовував релігійні системи (наприклад “Оксфордський рух”): робота припинялася, коли знаходився індивідуальний спосіб вираження безособових проєкцій. Цей етап пов’язаний із проявом Самості (архетип цілісності особистості) [1, с. 117; 9, с. 201].

Застосовуючи у своїй роботі аналіз трансферу, К. Г. Юнг надавав перевагу іншому характеру відносин між аналітиком і пацієнтом. Психотерапію він розглядав як процес взаємних впливів і змін у почуттях та досвіді. У ній проявляється частина загального архетипу, в якому представлені відносини наставництва, учнівства. Вони можуть виступати у формі вчитель-учень, рятівник-грішник, знаючий-незнаючий, і т.д. Аналізуючи ці відносини, психотерапевт усвідомлює значну частину свого несвідомого досвіду. Якщо аналітик не бачить як на нього впливає пацієнт, то це означає, що такий вплив є неусвідомленим. Непропрацьований безособовий контртрансфер може призвести до формування мана-особистості<sup>1</sup> [1, с. 117].

В аналітичній психотерапії психотерапевт займає позицію прийняття пацієнта, він розглядає його не як хворого, а насамперед як людину, яка хоче краще зрозуміти себе і набути новий досвід взаємодії зі своїм внутрішнім світом. Обидва учасники психотерапії ідуть однією важкою дорогою, і цей шлях для них обох новий і цікавий. В аналізі

<sup>1</sup> Мана-особистість – персоніфікований архетипний образ надприродної сили (героя, мага, цілителя, святого), домінанта колективного несвідомого [Зелинський В. Толковий словарь по аналитической психологии / В. Зелинский. – М.: Когито-Центр, 2008 – 336 с.]

заперечується поляризація відносин аналітика і пацієнта, при якій аналітик отримує всі атрибути здорового, а пацієнт – хворого. Така поляризація провокує пацієнта проектувати частину своєї особистості, здатної до самолікування, на психоаналітика, а психоаналітика – на проектування своїх невротичних реакцій на пацієнта. К. Г. Юнг вважав, що важливо бачити дві частини – і здорову, і невротичну – в обох учасниках психотерапевтичного процесу. Тому він звернувся до древнього образу “пораненого цілителя”. Психотерапевт є провідником пацієнта у його внутрішньому світі. Він не стільки повинен знати місцевість, скільки способи орієнтації на ній. Ці способи він освоював під час подорожей непрохідними стежками несвідомого. Тому в психотерапії не можна пройти далі, ніж пройшов психотерапевт своїм шляхом.

Розуміючи це, К. Г. Юнг висував особливі вимоги до особистості аналітика. Психотерапевт повинен бути гармонійною особистістю, в якій збалансовані свідоме і несвідоме, а в центрі проростає Самість. Психотерапевт для пацієнта є моделлю оптимально функціонуючої особистості, що рухається в напрямку самореалізації. К. Г. Юнг вперше запропонував ідею спеціального навчання психоаналітиків. Контртрансфер в аналітичній психотерапії розглядався не як перешкода, а як фактор, який варто використовувати для особистісного росту [1, с. 118].

Окрім аналізу трансферу К. Г. Юнг звертався до інших форм прояву проєкцій, вважаючи самим продуктивним метод аналізу сновидінь. Він більше концентрував увагу на аналізі змісту, ніж на процесі. К. Г. Юнг не приймав авторитарної позиції в психотерапії, він був досить вільним у виборі засобів. Це і слухання, і навчання, і пропозиція діяти певним чином, і відображення почуттів. В якості спеціальних технік використовувалися малювання, гра на інструментах, танці, пантоміма – всі методи, які зараз використовує арт-терапія. Багато технік, спрямовані на звернення до почуттів (дихальні вправи, техніки тренінгу сензитивності), вперше з’явилися на юнгіанських сеансах. Аналітична психологія виявилася досить продуктивною у створенні технік, за допомогою яких виражався невиявлений зміст несвідомого [1, с. 119].

3. Аналітична фаза змінюється **синтетичною**. Психоаналітичне лікування завершується на етапі досягнення інсайту. Одна з головних проблем цього типу терапії – отримання реальних змін у житті пацієнта. Для досягнення більш задовільного існування пацієнта в

сьогоденні К. Г. Юнг вводить третій етап – **етап навчання**. Його метою є освоєння пацієнтом тих сил, що можуть проявитися завдяки подоланню однобічності, визнанню частин, що раніше відкидалися особистістю. На цьому етапі психоаналітик надає підтримку, спрямовує увагу та активність пацієнта на баченні нових перспектив особистісного розвитку та освоєння нових сфер діяльності. У ході цієї фази пацієнт здобуває новий досвід переживань, який базується на прийнятті невизнаних частин своєї особистості, використанні творчих компонентів душевної організації. Тому К. Г. Юнг визначає її як фазу виховання і вбачає її глибокий зміст в інтеграції [1, с. 119].

4. Для багатьох пацієнтів завершення третього етапу психотерапії є завершенням лікування. Однак деякі пацієнти потребують і четвертого етапу – **трансформації**, оскільки для них необхідні зміни на глибинному рівні. Трансформація – це перехід на інший рівень функціонування. Він відбувається як регресія з тимчасовою втратою Его і реалізація раніше не задоволеної несвідомої потреби. Це безперервний процес розвитку особистості, у ході якого вона набуває цілісності і завершеність. Трансформація – це природний життєвий процес, що з неминучістю прокладає собі шлях крізь життєві обставини. Індивідуальний досвід слугує лише матеріалом, а логіка цього процесу міфологічна. Людина змінюється асимілюючи символи, вироблені колективною психікою. Процес символізації підкорює собі індивідуальний досвід, організовує його відповідно до своїх законів. Віра сучасної людини в чудеса – це перевага міфологічних способів при поясненні незрозумілих явищ (феномен НЛО, опис трансперсонального досвіду). Так само існування мистецтва доводить природну заданість цього життєво важливого для людини і всього людства процесу. Втілення в багатозначний образ захищає людину від можливих психічних порушень при переході з одного рівня розвитку на інший [1, с. 120].

Символи трансформації включають символічну смерть і відродження, пережиті як священна таємниця. Процес трансформації багатий символічними репрезентаціями різного характеру. К. Г. Юнг вбачав їх в алхімії, різноманітних ритуалах ініціації, посвятах. Мотив переродження, нового народження в казках виявляється в образах варіння в казані, скидання шкіри і т.д.; в релігії – обряд водохрещення та ін.; в мистецтві трансформація символізується образами дороги, переходу через міст тощо. Мотиви пригод героя, нічної морської подорожі, боротьби за звільнення також є вічними та архетиповими.

Коли у ході психотерапії виявляється символіка трансформації, тоді можна очікувати на серйозні зміни особистості пацієнта.

Для розуміння процесу трансформації, що відбувається з пацієнтом в ході психотерапії, необхідно описати поняття індивідуації як її розумів К. Г. Юнг. **Індивідуація** – це процес інтеграції протилежно спрямованих елементів особистості на шляху до перетворення її в єдине ціле [10, с. 200]. Вона відбувається шляхом нагромадження особистісного досвіду і самореалізації. У процесі диференціації і гармонізації різних систем особистості, людина асимілює колективний досвід і реалізує свою сутність, як частину людства. При інтеграції свідомого і несвідомого людина наближається до своєї сутності. Процес індивідуації містить у собі парадокс: людина змінюється, щоб стати сама собою. Це означає відмову від часткового функціонування, коли людина ідентифікує себе з Персоною або з Его і перебування у внутрішньому центрі особистості – Самості. Пацієнт починає відчувати опору в несвідомому, відшуковує свою сутність, яка прагне до цілісності і свідомості – Самості. Вона дозволяє перебороти суперечливі сили в особистості і віднайти єдність. Трансформація – процес постійної взаємодії Его і Самості, що спрямовується трансцендентною функцією [1, с. 120].

### 3.2. Генеза невроту

К. Г. Юнг визначив неврот як безуспішну спробу з боку особистості вирішити в собі загальну проблему – гармонізувати дві сфери людського існування: свідоме і несвідоме. При поєднанні цих протилежностей Самість надає смисл людському існуванню. Тому неврот К. Г. Юнг розумів як страждання душі, що не знайшла свого “смислу”. Постановка мети психотерапії полягає в асиміляції несвідомого смислу. Несвідоме для К. Г. Юнга – це глибинний шар буття, в якому сконцентрована мудрість людства.

Описуючи неврот за допомогою медичних термінів К. Г. Юнг надавав перевагу поняттям з власної концептуальної моделі. Він вписує захворювання в загальнокультурний процес, знаходить його зв'язок із загальнолюдськими проблемами, проводить паралелі з міфологією, релігією, мотивами, образами мистецтва. Визнання одного цього факту несе для пацієнта лікувальний ефект.

Розділяючи психотерапевтичну метафору аналітичної психології, фрустрована людина знаходить підтримку в переживанні свого зв'язку з людством. Як і в стародавній медицині, захворювання зводиться до загальнолюдської проблеми, а психотерапевтичний процес стає спорідненим з містичною діяльністю, здобуває магічну силу [1, с. 104].

Невроз К. Г. Юнг розглядає не з погляду його причинної обумовленості конфліктами минулого, а як зупинку розвитку в даний момент, нездатність рухатися далі на шляху особистісного розвитку.

Деадаптація особистості викликається однобічністю, коли одна тенденція розвитку домінує і пригнічує іншу, витісняючи її в несвідоме і діючи безконтрольно, без волі людини, за допомогою примітивного ієрархічного способу. Наприклад, людина, намагаючись діяти раціонально, спираючись на розум, придушує свої емоції. Емоційна сфера стає недиференційованою і примітивною. Людина починає відчувати злість і роздратування, які не може пояснити. Вона починає використовувати складну систему захистів, раціоналізувати і витіснити негативні реакції, але напруга при цьому зберігається, в наслідок чого з'являється невроз. Психотерапевту важливо зрозуміти, що хоче компенсувати неусвідомлювана поведінка пацієнта.

Непроявлена поведінка створює запас вільного лібідо, що не асимілюється свідомістю. Вільна енергія поєднується у комплекс і таким чином створює баланс в психіці.

**Комплекс** – це своєрідна чорна діра, згусток енергії, який притягує до себе інші психічні елементи. Він формується навколо ядра – будь-якого сильного переживання і обростає думками, переживаннями, образами, які відповідають головній темі ядра і систематично відторгаються свідомістю. Комплекс – це складне утворення, в якому сплетені в єдине ціле архетипові елементи і події індивідуального життя. Це система психічних елементів (суджень, відносин, переживань) особистого і колективного несвідомого, об'єднаних афективним зв'язком (комплекс влади, материнський комплекс). Головним комплексом у свідомості є Его [1, с. 105].

Ядро може походити з колективного безсвідомого. Колективний досвід, накопичений в архетипі героя, взаємодіє з дитячим сприйняттям батька, поєднуючись із літературними образами героїв кінофільмів, ідеологічними моделями, формує “комплекс борця”. Комплекси знаходяться в складних взаємостосунках. Будь-який з них



може заважати комплексу Его і дезорганізувати цілеспрямовану діяльність, зривати намір Его. Наприклад, людина ніби випадково занедужує напередодні відповідального кроку. Оскільки комплекс насичений афективною енергією, він проявляється у всіх функціях: фізіологічних, психологічних. Людина може повністю змінитися під впливом комплексу. Подібний стан можна передати за допомогою наступних висловів: “Я була не в собі”, “Не знаю, що зі мною сталося”, “Мене начебто підмінили”, “Отут мене понесло” і т.д [1, с. 106].

Комплекс знаходить своє вираження і в специфічній ході, і у визначеному фарбуванні емоційних реакцій, і в характерних вчинках. Він як би прагне створити окрему особистість. Комплекс може зовсім відокремитися від Его, і тоді відбувається дисоціація особистості. При такому внутрішньому конфлікті людина втрачає свою ідентичність [1, с. 106].

Енергія комплексу може приєднатися до Тіні і стати джерелом проєкцій. Людина не усвідомлює в собі визначених рис і бачить їхній прояв лише в інших. Поєднуючись із активізованим архетипом, часто з Анімою, комплекс отримує потужний енергетичний заряд. Коли, сильно заряджений комплекс повертається у свідомість, тоді невиявлена сторона особистості починає конкурувати з Его, Персоною і підкорює людину своїм примхам. Комплекс вривається у свідомість образами сновидінь, що лякають незрозумілими бажаннями, непоясненими вибухами емоцій. Він проявляється в страхах, агресії, що проєктуються на оточуючих. Людина, що прагне до панування, бачить в інших тиранів і деспотів. Чоловік, що відкидає свою Аніму, може нехтувати жінками. Це пояснюється тим, що витіснена ним емоційність стає тотальною, недиференційованою, тому конкретний досвід поширюється на всі життєві ситуації і чоловік починає ненавидіти всіх жінок [1, с. 106].

Коли комплекс піднімається на поверхню і знаходить символ для самовираження, відбувається компенсація, встановлюється баланс між свідомістю і несвідомим. Це спроба повернути особистості повноту, поєднати полярності. Якщо ж спроба не вдається і немає адекватної форми для вираження енергії, тоді лібідо регресує, в поведінці людини з'являються примітивні, інфантильні реакції [1, с. 107].

Регресуючи, людина несвідомо прагне досягнути того місця, з якого в неї почався розвиток односторонності. Тому регресія є своєрідною спробою встановити втрачений баланс свідомості і несвідомого, компенсувати односторонність. Через невротичний конфлікт людина прагне відновити в правах відкинуту частину особистості. К. Г. Юнг сформулював парадоксальну думку про те, що невроз є природною спробою одужання.

Отже, психотерапевту важливо зрозуміти, на яку мету спрямовується несвідома дія, що вона прагне компенсувати. Знаючи, що несвідоме прагне зробити для людини, психотерапевт може допомогти віднайти для цього більш адекватні засоби. Прагнення відновити втрачену цілісність реалізується за допомогою залучення особистості до мудрості колективного несвідомого [1, с. 107].

### **3.3. Техніки аналітичної психотерапії**

**Аналіз сновидінь.** К. Г. Юнг на відміну від З. Фрейда вважав, що сон нічого не приховує і не маскує, він закінчений і цілісний. Сон виконує компенсаторну функцію, яка регулює діяльність психіки. Задача психотерапевта полягає в тому, щоб проаналізувати сон як сигнал несвідомого про те, що індивід відхилився від власного “шляху”. Поява в снах міфологічних, архетипових образів свідчить про зцілення людини. Тобто, процес одужання, згідно К. Г. Юнгу, пов’язаний з цілісною особистістю, Самістю, або ключовим архетипом [3, с. 36].

К. Г. Юнг розглядав сновидіння як прямий канал зв’язку із несвідомим, коли воно говорить своєю мовою. Він вважав неприпустимою інтерпретацію сну і намагався розглядати зміст самого сну. К. Г. Юнг вважав, що сновидіння завжди допомагає вирішувати конкретну і неповторну проблему, воно не є захисною завісою, за якою вгадуються реальні фігури, а виконує важливу функцію передачі екзистенційного послання несвідомого, через яке людина асимілює досвід людства [1, с. 121].

В аналітичній психології розрізняють суб’єктивний і об’єктивний рівні трактування сновидінь. Об’єктивний рівень пов’язаний з подіями і відносинами у зовнішньому світі. На цьому рівні уточнюється контекст сновидіння, де і яким чином розвиваються події. На суб’єктивному рівні образи сновидінь

розглядаються як персоніфікації, і за допомогою їх аналізу розглядається діяльність психіки в цілому і за окремими її компонентами. Якщо пацієнту сниться жінка, яка пригощає його чимось несмачним, то на об'єктивному рівні сон вказує на проблеми у відносинах із цією жінкою, а на суб'єктивному рівні може тлумачитись через стосунки з архетипом Аніми. По мірі проходження аналізу збільшується частка суб'єктивного рівня інтерпретації. Сновидіння протилежне бадьорому стану і виконує компенсаторну функцію. Воно дає можливість заявити про себе і розвинути тому, що подавляється, не знаходить розвитку у свідомості. У сновидінні може коректуватися свідомою установка [1, с. 122].

Аналіз образів сновидіння в аналітичній психотерапії має дві грані: проспективну і ретроспективну. Ретроспективний аспект аналізу спрямовує розуміння значення сновидіння в контекст подій зовнішнього і внутрішнього життя, з'ясування причинного зв'язку явищ. Проспективний аспект розкриває у символі, у несвідомому щирі бажання і особистісні перспективи. Через його образи людина готується до змін, в них проявляються нові тенденції розвитку особистості, які пізніше реалізуються на свідомому рівні [1, с. 122].

За допомогою снів у людини з'являється шанс зробити новий крок на шляху до змін, в них відображаються щоденні потреби людини і продукуються символи, через які може асимілюватися зміст несвідомого. Сновидіння шле послання для Его, дає йому пораду, виявляє нові перспективи і можливості для самоствердження особистості [1, с. 122].

К. Г. Юнг вважав, що сам пацієнт не може зрозуміти зміст сновидіння, в ньому говорить мудрість несвідомого, яка ще не відкрилася. Освоюючи її через символи, людина змінюється і розвивається. Саме психотерапевт може зрозуміти і вгадати розвиток подій у внутрішньому житті пацієнта, продовжуючи лінію від їхньої підготовки у сні до майбутньої реалізації. Аналізуючи сновидіння аналітичний психолог відшуковує не травми і конфлікти минулого, а потенціал для подальшого розвитку [1, с. 123].

У сновидінні К. Г. Юнг вбачав спробу впоратися з проблемою, яку людина не може вирішити, яку не помічає або відкидає Его. Тому образи сновидіння, як правило, більш насичені емоціями, ніж при бадьорому стані. Для К. Г. Юнга образ цінний сам по собі, а не як

спосіб для приховування латентного змісту. Символи сновидіння несуть в собі специфічне нерозшифроване послання з глибин несвідомого. На відміну від класичного психоаналізу, К. Г. Юнг заперечував універсальність символіки. У той же час автор стверджував, що є сни, в яких переважно представлені універсальні образи, міфологічні за своєю структурою [1, с. 123].

Поява у снах міфологічних, архетипових образів свідчить про рух до цілісності, індивідуальної завершеності. Іншими словами, занурення в глибини несвідомого приносить зцілення. У зв'язку з цим важливе місце в інтерпретації сновидінь К. Г. Юнг відводив архетиповим, міфологічним образам. Процес лікування є процесом ідентифікації з цілісною особистістю, із “самозвеличенням” – ключовим архетипом в аналітичній психотерапії. Важливе місце в психотерапії пацієнта на шляху до його цілісності К. Г. Юнг відвів усвідомленню перенесення. Психологічний процес перенесення він розглядав як приватну форму більш загального психологічного механізму проєкції, що виникає між двома людьми. Перенесення, за К. Г. Юнгом, на відміну від фрейдівського розуміння, несе не лише еротичне, але і весь активний зміст несвідомого. Емоції спроектованого змісту завжди утворюють якесь динамічне співвідношення між суб'єктом і об'єктом – це і є перенесення, що за своїм характером може бути позитивним і негативним. Перенесення, що виникає у процесі аналізу, часто свідчить про труднощі встановлення емоційного контакту між лікарем і пацієнтом – дистанцію між ними несвідоме пацієнта намагається приховати і вибудовує компенсаторний міст. Інтенсивність перенесення пропорційна важливості спроектованого змісту, його значимості для пацієнта. Чим довше проєктується зміст, тим більше аналітик переносить на себе цінності пацієнта. Завдання психотерапевта – повернути їх пацієнту, інакше аналіз не буде завершеним. Для зняття перенесення необхідно щоб пацієнт усвідомив суб'єктивну цінність власного особистісного і безособистісного змісту його перенесення [5].

К. Г. Юнг виділяв *4 стадії терапії перенесення*. На *першій стадії* пацієнт усвідомлює факт проєкції особистого несвідомого і виробляє суб'єктивну оцінку змісту, який створює проблему. Він повинен асимілювати ці образи зі своїм власним психічним буттям, зрозуміти, що приписувані об'єкту оцінки є його власними якостями. Лікування неврозу, що веде до цілісності особистості, припускає

впізнання і відповідальність за своє цілісне буття, за його хороші і погані сторони, піднесені і приземлені функції. Якщо зняття проекції особистісних образів відбулося, проте перенесення ще наявне, тоді настає *друга стадія* лікування – розділення особистісного і безособистісного змісту. Проекція безособистісних образів сама по собі носить опосередкований характер, тому анулювати тут можна лише сам акт проекції, але ніяк не її зміст. На *третьій стадії* терапії перенесення відбувається відділення особистісного ставлення до психотерапевта від безособистісних образів. Наслідком усвідомлення безособистісних образів може стати об'єднання колективного несвідомого пацієнта в межах тієї або іншої релігійної форми. В протилежному випадку безособистісні образи не отримують сховища, пацієнт знову опиняється у владі перенесення, а архетипові образи призводять до того, що пацієнт втрачає гарне ставлення до терапевта. Проте терапевт всього на всього людина, він не може бути ні рятівником, ні будь-яким іншим архетиповим образом з тих, які активізуються у несвідомості пацієнта. *Четвертою стадією* терапії перенесення К. Г. Юнг називав об'єктивацією безособистісних образів. Ця істотна частина процесу індивідуації К. Г. Юнгом розуміється як “шлях до себе”, або “самореалізація”, метою якої є усвідомлення пацієнтом певного центру всередині його психічного буття (але не усередині його Его), що дозволяє йому більше не пов'язувати своє майбутнє щастя, а іноді і життя з будь-якими зовнішніми посередниками, чи то людьми, чи ідеями, чи обставинами [5].

Хоча образи сновидіння розглядаються в аналітичній психотерапії як архетипові, проте їх зміст символу завжди індивідуальний. Для інтерпретації універсальної символіки залучаються паралелі з міфів, казок та вірувань. Символи сновидінь потребують не точності пояснення, а глибинного розуміння, і тому в юнгіанському аналізі прагнуть залишатися вірними образу сну. Робота з ним проводиться за допомогою методу ампліфікації, що передбачає розвиток, розширення значення. Якщо в психоаналізі образи сновидіння прагнуть звести до одного значення (як правило сексуального характеру), то робота аналітичного психолога спрямована на те, щоб почерпнути з образу якомога більший об'єм змісту [1, с. 124].

Інтерпретація символізму повинна бути індивідуальною, тому в юнгіанському аналізі даються додаткові можливості для розширення

змісту образу. Наприклад, пропонується розіграти продовження сну, станцювати, намалювати сновидіння, поговорити з образом, який представляє собою значиму фігуру. Психоаналітик дає інструкцію пацієнту аби той намагався утримувати образ сновидіння і аналізував отриманий продукт (метод активної уяви). Можна запропонувати згадати життєву ситуацію, яка за внутрішньою логікою близька до ситуації сновидіння. Так як символ дає багатозначне трактування, для вибору оптимального шляху в аналізі К. Г. Юнг використовував серії сновидінь, що проясняють зміст окремих снів або дають можливість відкинути невірну інтерпретацію. У процесі психотерапії сновидіння стають більш зрозумілими для людини, уточнюється їхній зміст у контексті її життєдіяльності [1, с. 124].

**Техніка активної уяви** спрямована на продукування символів, за допомогою яких клієнт зможе асимілювати зміст несвідомого. Психоаналітик створює проєктивну ситуацію, в якій людина зосереджується на будь-якій події, картині, елементі сну або фантазії і дозволяє собі спонтанно продукувати образи. Він пропонує зосередитися та детально описати те, що з'являється в голові і як при цьому змінюється образ. Образи, які виникають, можна записувати або замальовувати. Символ розвивається за своєю внутрішньою логікою і в образах ніби вимальовується, відкривається його новий зміст. При цьому важливо не йти від образу, а вжитися в нього, намагаючись відключити свідомий контроль. Отримана продукція – результат дії трансцендентної функції. У ній реалізується свідоме і несвідоме, тому важливо, щоб в процедурі не виділялась жодна з цих сфер. Раціональний контроль свідомості перетворить використання цього методу на непродуктивний, а якщо людину заповнить зміст несвідомого, то вона втратить почуття ідентичності [1, с. 129-130].

Наведемо приклад використання даного методу з пацієнткою А. Описуючи свій стан вона сказала: “Я почуваю себе так, ніби я затиснена, ніби я – зім'ятий аркуш паперу”. Психотерапевт пропонував уявити цей аркуш і утримувати його в полі зору, пильно в нього вдивляючись. Пацієнтка А. сказала, що цей лист подібний на той, який написала її матір до подруги, багато років тому. У подальшому, цей лист призвів до трагічних подій в родині пацієнтки А. І хоча пацієнтка бачила лист лише один раз за життя, та їй вдалося витіснити спогади про нього у несвідоме [1, с. 130].

**Метод ампліфікації** передбачає зв'язок індивідуальної та універсальної символіки через інтерпретацію образної продукції (наприклад, сновидінь). Аналітик пропонує різні тлумачення символів, які використовує із міфів, релігійних вчень, мистецтва тощо. Він повинен розуміти, як і навіщо даний символ виник в культурі, який в нього вкладається зміст. Ключем до розшифрування стають найбільш архаїчні символи, тому що в них покладена функція аналізуючого образу. Психотерапевта цікавить не походження образу, не характеристики проблемної зони, а те, що він несе для людини, яке значення символу в контексті індивідуального досвіду. Процес індивідуації відбувається в діалозі свідомості і несвідомого, тому при використанні цього методу важливо уникати пастки інтелектуалізації, коли приваблювані паралелі не допомагають зануритися в глибинний зміст образу, а лише затуманюють його. Поняття ампліфікації взяте К. Г. Юнгом з алхімії, де воно означало процес, в ході якого алхімік занурювався у потік образів, концентруючись на своїх дослідженнях. За допомогою такого способу автор розширював контекст архетипових символів [1, с. 131].

Метод ампліфікації в деякому розумінні протилежний вільним асоціаціям, тому що не відводить від образу, а дає можливість окреслити широке коло асоціацій навколо нього. Символ вписується у визначений контекст, який розширює його значення і поглиблює розуміння. Такий метод більшою мірою відповідає уявленню К. Г. Юнга про різноманітність значень і невичерпність символу. Він дозволяє відкрити глибинні переживання пацієнта, які проявляються в образах сновидінь, фантазіях тощо.

Для символічного вираження переживання в аналітичній психології використовується велика кількість невербальних технік. Учениця К. Г. Юнга, Д. Кальф, запропонувала проєктивну ситуацію гри у пісочниці. Пацієнтові пропонується шухляда з блакитним дном, пісок, велика кількість моделей будинків, дерев, фігурок тварин, людей в костюмах з різних епох і країн. Пацієнт може створити свій світ: гори і ріки, ліси і міста. Символічне уявлення свого розуміння світобудови надає значний терапевтичний ефект [1, с. 131].

### 3.4. Результат психотерапевтичного впливу

Згідно К. Г. Юнгу, терапія є місцем, в якому поєднуються зусилля аналітика і пацієнта, що працюють разом та як рівні. Оскільки двоє формують динамічну єдність, аналітик теж повинен бути відкритим для зміни в результатів цієї взаємодії. К. Г. Юнг відчував, що терапія включає, в першу чергу, взаємодію між несвідомим аналітика з несвідомим пацієнта, який може пройти в терапії рівно настільки, наскільки це вдалося здійснити аналітику. Відмінна риса психотерапії полягає в тому, що не можна, знаючи декілька рецептів, застосовувати їх більшою чи меншою мірою однозначно; психотерапевт може досягнути видужання лише при дотриманні головної умови, яка полягає в тому, що потрібно зрозуміти пацієнта як психологічне ціле, знайти до нього підхід як до людини, залишивши осторонь теорію і уважно вислухати те, що він скаже.

К. Г. Юнг не покладав великих сподівань на теорію і використання спеціальної техніки в процесі терапії. Він вважав, що така надія спонукає аналітика механічно застосовувати цю техніку, не вступаючи у контакт із пацієнтом. Терапевт не повинен лікувати окремі частини психіки, подібно до того як механік лагодить стару машину, яка потребує нового карбюратора або глушника. Метою терапії є підхід до пацієнта як до цілісної людини через встановлення довірливих відносин.

Сам К. Г. Юнг жив усамітнено і зустрічався з пацієнтами лише один або два рази на тиждень. Щоб заохотити в них відчуття автономії, він давав їм домашні завдання – наприклад, міг попросити проаналізувати їх власні сни. За його проханням пацієнти час від часу влаштовували собі “канікули”, щоб запобігти формуванню залежності від нього і від звичної процедури аналізу [9].

Результат психотерапевтичного процесу полягає в тому, щоб виховати в людині самостійність характеру і моральну свободу. За К. Г. Юнгом індивідуум повинен вміти підпорядковувати свої інтереси інтересам суспільства. Основна мета психотерапії заключається в досягненні єдності із самим собою і одночасно з людством, частиною якого являється кожна людина. Такий процес набуття зрілості у своїй закінченій формі К. Г. Юнг називав індивідуацією. Лише та людина вважається психологічно здоровою, де процес єдності є самостійним, відбувається добровільно і вільно.



Без такої єдності навіть центрованої на самому собі і самостійний індивідум не зможе самостійно розвиватися протягом тривалого часу. Лише досягнувши рівноваги між індивідуальністю і силами соціуму людина здобуде рівновагу між радістю і стражданнями. За К. Г. Юнгом, самою благородною метою завершального етапу психотерапії є не вміння зробити щасливим пацієнта, а надати йому впевненості і філософського терпіння під час долаття негативних ситуацій.

Таким чином, результат психотерапевтичного процесу К. Г. Юнгом визначається досить масштабно і позитивно: його метою стає не зникнення симптому, а особистісна зміна – трансформація. К. Г. Юнг істотно розширив розуміння психотерапії, вважаючи, що вона виходить за рамки лікування і допомагає у реалізації трансцендентної функції, що веде до індивідуалізації [1, с. 121].

## **Висновки**

Аналітична психологія є однією із самих потужних і оригінальних шкіл сучасної психотерапії. К. Г. Юнг працював із проблемами того рівня і характеру, що не вирішувалися іншими напрямками. Сенс життя, гармонійне існування – такі орієнтири аналітичної психології. Цей психотерапевтичний напрям чітко окреслив спектр проблем, особливості роботи, контингент клієнтів. К. Г. Юнг працював переважно з людьми середнього віку, для яких найбільш гостро стояли проблеми екзистенційного характеру.

З точки зору К. Г. Юнга, психіка людини включає три рівні: свідомість, особисте і колективне несвідоме. Колективне несвідоме є загальним для всіх людей, це психічний зміст, який існує незалежно від людини. Колективне несвідоме представлене у вигляді архетипів, які К. Г. Юнг розглядав в якості чинників, внутрішніх детермінант психічного життя людини, які спрямовують її поведінку і дають можливість людині реалізувати певні, загальні для людей моделі поведінки, навіть в тих ситуаціях, з якими вона сама раніше не зустрічалася, яких не було в її особистому досвіді. Особисте несвідоме, навпаки, пов'язане з минулим досвідом людини і складається з імпульсів, спогадів, бажань, переживань (пов'язаних з особистим досвідом людини), які витіснені або забуті, але достатньо

легко можуть бути усвідомлені. Коли комплекси витісняються в несвідоме, тоді вони істотно впливають на психічну діяльність людини, на її поведінку. На думку К. Г. Юнга, афективно заряджені комплекси, вступаючи у суперечки із свідомим Я, і є джерелом невротичних порушень.

Метою аналітичної психології виступає як досягнення розуміння патологічних зразків реагування, так і отримання нового досвіду, важливих життєвих орієнтирів, рух шляхом особистісної трансформації. При цьому психотерапевт не задає напрямку руху, а дає людині волю, щоб вона знайшла свою долю.

### **Питання для самоконтролю**

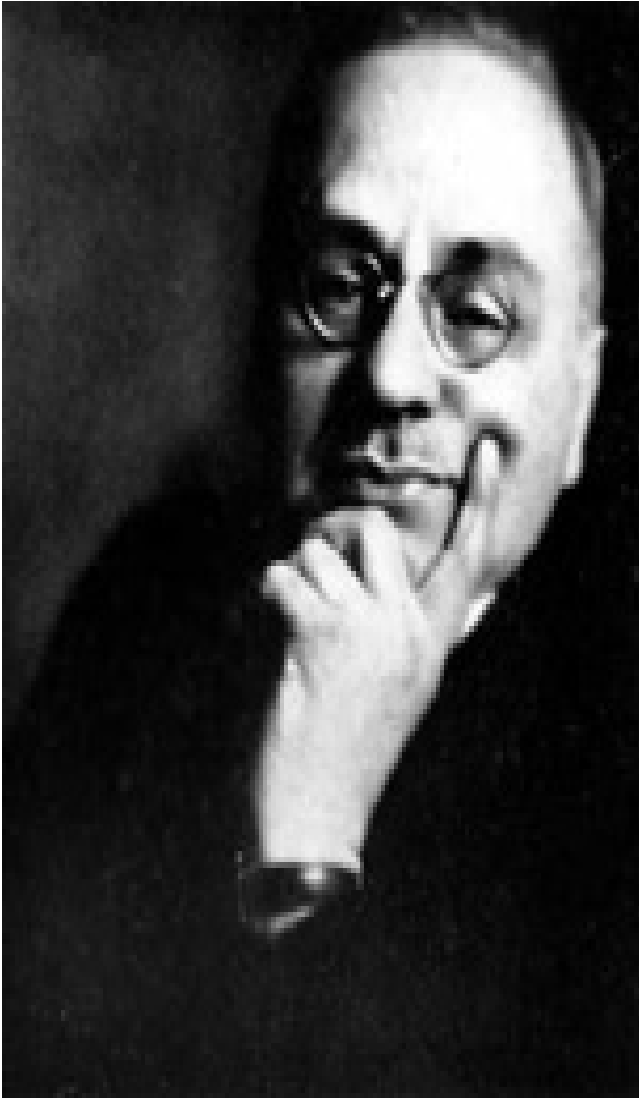
1. Опишіть етапи психотерапевтичного процесу в аналітичній психології.
  2. Охарактеризуйте спосіб виникнення комплексу.
  3. Назвіть способи вираження процесу трансформації в різній символічній продукції.
  4. Порівняйте підхід до аналізу трансферу в психоаналізі та аналітичній психології.
  5. Розкрийте суть поняття “колективне несвідоме”.
- Робота в парах:
6. Запропонуйте невербальні засоби для роботи над сновидінням.
  7. Попрацюйте над фрагментом сновидіння за допомогою методу активної уяви.

### **Література**

1. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии : учеб. пособие [для студ. вузов, которые обучаются по спец. “Психология”, “Соц. педагогика”] / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника–Центр; М. : Алетея, 1999. – 320 с.
2. Глива Є. Вступ до психотерапії : навч. посіб. / Глива Є. – Острог ; Київ : Острозька академія, Кондор, 2009. – 532 с.

3. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
4. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
5. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
6. Психотерапия – что это? Современные представления / под ред. Дж. К. Зейга, В. М. Мьюниона ; пер. с англ. Л. С. Каганова. – М. : Класс, 2000. – 432 с.
7. Психотерапия : учеб. [для студ. мед. вузов] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 536 с. – (Национальная медицинская библиотека).
8. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.
9. Хьелл Л. Теория личности: основные положения, исследования и применение / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. : Питер, 1997. – 608 с.
10. Юнг К. Г. Алхимия снов: четыре архетипа / Юнг К. Г. ; пер. с англ. и послесл. Семиры. – СПб. : Тимошка, 1997. – 351 с.
11. Юнг К. Г. Аналитическая психология: ее теория и практика: Тэвистокские лекции: Исследование процесса индивидуации / Юнг К. Г. – М. : Реал-бук ; Ваклер, 1998. – 295 с. – (Актуальная психология).
12. Юнг К. Г. Душа и миф: шесть архетипов / Юнг К. Г. ; пер. с англ. – К. : Государственная библиотека Украины для юношества, 1996. – 384 с.
13. Юнг К. Г. Критика психоанализа / Юнг К. Г. ; под общей ред. В. Зеленского ; пер. с нем. и англ. – СПб. : Академический проект, 2000 – 304 с.
14. Юнг К. Г. Психоанализ и искусство / Юнг К. Г., Э. Нойманн ; пер. с англ. – М. : Рефл-бук, Ваклер, 1998. – 304 с.
15. Юнг К. Г. Психологические типы / Юнг К. Г. ; под общ. ред. В. Зеленского. – СПб. : Азбука, 2001 – 733 с.
16. Юнг К. Г. Психология и алхимия / Юнг К. Г. ; пер. с англ. С. Удовик. – М. : АСТ, 2008. – 608 с.
17. Юнг К. Г. Символы трансформации. Анализ введения к одному случаю шизофрении / Юнг К. Г. ; пер. и сост. В. Зеленский. – М. : Пента График, 2000. – 496 с.

18. Юнг К. Г. Собрание сочинений. Конфликты детской души / Юнг К. Г. ; пер. с нем. – М. : Канон, 1997. – 336 с. – (История психологии в памятниках).
19. Юнг К. Г. Собрание сочинений. Послание Иову / Юнг К. Г. ; пер. с нем. – М. : Канон, 1995. – 352 с. – (История психологии в памятниках).
20. Юнг К. Г. Сознание и бессознательное / Юнг К. Г. ; пер. с англ. – СПб. : Ушев.кн, 1997. – 538 с. – (Классика психологии).
21. Jung C. G. Letters / Jung C. G. – Princeton, NJ: Princeton University Press, 1973.



**Альфред Адлер**  
**Alfred Adler**

**(1870-1937)**

Народився у Відні, закінчив Віденський університет. Власні проблеми зі здоров'ям, смерть брата вплинули на вибір професії лікаря. А. Адлер почав приватну практику як офтальмолог, потім почав цікавитися неврологією і психіатрією.

У 1902 р. стає членом кружка, що утворився навколо З. Фрейда. А. Адлер був першим президентом Віденського психоаналітичного співтовариства.

Проте, у 1911 р., через теоретичні розбіжності із З. Фрейдом, покинув співтовариство і заснував асоціацію індивідуальної психології.

А. Адлер займався клінічною практикою, розвивав теорію, вів просвітницьку роботу. Він відкрив консультативні центри при школах, в яких проводив навчальні програми із вчителями, соціальними працівниками, батьками. У 1932 р., через поширення нацизму А. Адлер емігрував до США. Як психолог та психотерапевт, А. Адлер був плідним і активним письменником. За своє життя він написав близько 300 книг з психології, психотерапії, сутності та лікуванні неврозу і депресії: “Практика і теорія індивідуальної психології”, “Невротична конституція”, “Осягнення людської природи”, “Наука життя”, “Образ життя”. А. Адлер помер у 1937 р. у Шотландії.

## РОЗДІЛ 4. ІНДИВІДУАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ

### 4.1. Суть індивідуальної психотерапії

Індивідуальна психотерапія є такою організаційною формою, у якій, в якості основного інструменту лікувальної дії виступає психотерапевт, а психотерапевтичний процес протікає в діаді лікар – пацієнт. В організаційному аспекті індивідуальна психотерапія розглядається як альтернатива груповій (де інструментом лікувальної дії виступає і психотерапевтична група), колективній і сімейній психотерапії. Індивідуальна психотерапія проводиться зазвичай одним психотерапевтом, іноді двома (біполярна терапія) або кількома котерапевтами. Часто індивідуальна психотерапія є елементом комплексної терапії у поєднанні з іншими формами психотерапії, фармако-, фізіо- або соціотерапією [11].

У цілому психотерапевтичний процес в руслі індивідуальної психології А. Адлера можна поділити на три основні лінії [5, с. 81]:

- виявлення травматичного досвіду, що являється основним в розвитку неврозу;
- дослідження фіктивної мети і помилкових перцептивних схем, аналіз рангування кінцевої мети;
- розвиток соціального інтересу.

**I. Виявлення травматичного досвіду.** Коли клієнт входить у психотерапевтичну метафору індивідуальної психотерапії, то психотерапевт говорить йому, що людина створює свої проблеми на основі помилкових знань і цінностей. Це передбачає відповідальність особистості за свої труднощі, за процес змін, тому що помилки можуть виправлятися. За допомогою такого способу, вже на початку терапії, вселяється віра і надія на успіх. При цьому пацієнт повинен відчувати, що до змін він повинен прийти сам. На початковому періоді терапії багато уваги приділяється цілям, очікуванням та сподіванням. Насамперед, психотерапевт вислуховує опис проблеми, з'ясовує, коли пацієнт звернув увагу на труднощі, що виникли, як він себе зараз почуває. За умови, коли пацієнт бере на себе відповідальність за хід і результат психотерапії і вірить в її успіх, на даному етапі роботи можна говорити про розвиток психотерапевтичного процесу [5, с. 81].

Багато уваги в індивідуальній психотерапії приділяється вивченню проблеми, її феноменології, контексту, в якому вона

з'явилася. Важлива роль приділяється аналізу стосунків з батьками та членами родини: особливості характеру, стан здоров'я (або від чого померли) батьків, як вони відносилися до пацієнта, позицію пацієнта серед братів і сестер, яким за рахунком він родився (сиблінгова позиція) і т.д. Уточнюються труднощі, які переживав пацієнт у дитинстві (страх, труднощі в знаходженні друзів і т.д.). Питання про хвороби і ставлення до неї дозволяють зрозуміти особливості формування почуття неповноцінності. Терапевт довідується про страхи, запитуючи в пацієнта, чого він боїться більше всього. Одне із найбільш інформативних питань – це питання про найбільш ранній спогад.

У сексуальній сфері багато проблем проявляються особливо гостро, тому психотерапевту слід з'ясувати установки щодо сексуальних стосунків як в дитинстві так і в зрілому віці. Про серйозність проблеми пацієнта можуть вказувати особливості його сну та споживання їжі.

Щоб з'ясувати кінцеву мету, психотерапевт ставить запитання: “Яке Ваше покликання?” Пацієнта запитують, яка діяльність була б для нього найбільш цікавою, проте не стала покликанням життя через певні обставини; що перешкодило йому реалізуватися в цій діяльності.

При аналізі досить плідними є описи сновидінь. Особливо інформативними виступають повторювані сюжети: запізнення, іспити, польоти, падіння та ін.

Крок за кроком, у ході такої бесіди, вимальовуються контури особистості пацієнта, прояснюються особливості його динаміки, виявляється кінцева мета, до якої прагне пацієнт. Отримана інформація і встановлений контакт стають базою для усвідомлення і корекції помилок апперцепції.

В індивідуальній психології розроблена також детальна схема основних напрямків вивчення дитини. Вона ґрунтується на уявленнях А. Адлера про структуру і динаміку особистості, спрямована на з'ясування особливостей розвитку почуття неповноцінності, способів компенсації, шляхів формування соціального інтересу. Схема складається з кількох розділів [5, с. 83]:

1) за допомогою питань першого розділу з'ясовують, коли і за яких обставин почали виникати проблеми. При дослідженні ситуації, в якій відбувалося формування дитини, психотерапевт звертає увагу на зміни в навколишньому середовищі; приділяє спеціальну увагу

хворобам; народженню братів і сестер; життєвим подіям під час навчання в початковій школі; появі нових друзів;

2) питання другого розділу допомагають знайти витoki негативних установок та почуття вищості над людьми, а також зрозуміти, в яких особистісних характеристиках і поведінкових реакціях вони проявляються. З'ясовується інформація про незвичні дитячі переживання (слабкість, відчуття незручності, занедбаності, непотрібності, бажання бути одному, ревності), чи довго дитина залежала від інших в процесах одягання, споживання їжі, чи боялася чого-небудь (залишитися одною, темряви, собак і т.д.). Важливо також отримати інформацію про ступінь усвідомлення статевої приналежності пацієнта, його ставлення до протилежної статі;

3) наступний блок питань дозволяє зрозуміти, чи обмежувалася інстинктивна активність дитини і як розвивалося прагнення до вищості. Для цього з'ясовують, чи багато турбот завдавала дитина, чи плакала вона у вісні, чи спостерігалися симптоми енурезу або енкопрезу, чи подобалося їй лежати в ліжку з кимось із батьків і т.д. Особливо значиме питання для психотерапевта – чи хотіла дитина командувати дітьми; якщо так, то якими з них: сильнішими чи слабшими;

4) питання четвертого блоку спрямовані на з'ясування особливостей спілкування дитини і розвитку її соціального інтересу. Психотерапевт запитує, наскільки легко дитина знаходила друзів, чи мучила дітей або тварин, чи любила бути лідером або часто стояла осторонь; можливо, що вона надавала перевагу грі з молодшими дітьми або дітьми протилежної статі;

5) у питаннях п'ятого блоку розвивається і поглиблюється тема четвертого блоку, а саме: з'ясовується інформація про відносини із оточуючими людьми на даний момент; поведінка дитини в школі, чи поспішає вона до школи або ж іде неохоче; чи забуває там речі; наскільки хвилюють її оцінки, які в неї труднощі в школі; чи вважає дитина себе талановитою; чи любить вона читати про подвиги та пригоди і т.д.;

6) інформація про сімейну ситуацію та норми спілкування в родині дає можливість довідатися про позицію дитини, її сприйняття та оцінку цієї позиції. Хвороби, смерті, алкоголізм членів родини розглядаються як важливі фактори формування дитини. З'ясовується, хто піклується про дитину, яким чином проявляється така турбота;



7) зрозуміти ставлення дитини до інших людей можна, з'ясувавши, якою за рахунком вона народилася, чи проявляється дух суперництва в її поведінці, тенденція принижувати інших, насміхатися і т.д.;

8) психотерапевту, який працює в індивідуальному напрямку цікаво дізнатися про дитячі надії та очікування: що думає дитина про своє покликання, чи пов'язане воно з професією батьків; яким вона уявляє собі майбутнє сімейне життя, як цей образ пов'язаний із стосунками батьків;

9) прототипи реалізації прагнення до вищості проявляються в іграх, казках, яким надає перевагу дитина. Психотерапевт, за допомогою питань, отримує інформацію про те, які герої подобаються дитині, чи любить вона фантазувати та мріяти;

10) за допомогою аналізу раннього спогаду, часто повторюваних снів індивідуальний психотерапевт виявляє, коли розпочалося формування тенденції до ізоляції, втрати соціального інтересу, пасивності, панування почуття вищості;

11) якщо дитина хоче привернути до себе увагу, вона може поводитися комічно, по-дитячому, нерозумно. У даному блоці питань психотерапевт прагне довідатися про подібні прояви;

12) індивідуальний психотерапевт з'ясовує наявність фізичних недоліків, оскільки вони істотно впливають на формування почуття неповноцінності. Часто діти або батьки перебільшують такі труднощі. Цікаво, що подібну помилку у вихованні допускають і батьки дуже красивих дітей. Діти, керуючись переконанням, що все в їхньому житті вони повинні отримувати без зусиль – у результаті ростуть безпомічними;

13) вираженням глибинної беспорядності може бути переконання дитини у відсутності в неї здібностей, непридатності до роботи і життя в цілому, думки про самогубство. За допомогою питань даного блоку психотерапевт прагне з'ясувати зв'язок між прагненням до успіху і помилками, намагається визначити ступінь важливості матеріального успіху, вираження люб'язності або навпаки – критичності;

14) для переорієнтації дитини в іншому напрямку психотерапевт знайомиться з її позитивними досягненнями, можливостями, особливостями розвитку психологічних функцій, досвідом у різних сферах.

Перераховані пункти підходять і для роботи з дорослими людьми.

**II. Дослідження фіктивної мети і помилкових апперцептивних схем, аналіз рангування кінцевої мети.** Психотерапевт спрямовує пацієнта на виявлення ним помилкових апперцептивних схем, з яких склалася його непродуктивна життєва мета. При цьому зміни відбуваються не в поверхневому шарі переконань та установок, а в кінцевій меті, у життєвому стилі особистості [5, с. 85].

Пильній увазі підлягає спостереження за загальним малюнком поведінки (мімікою, пантомімою) та інтерпретацією її змісту. У позах та рухах відшукуються ключі до розуміння життєвого стилю пацієнта. Під час роботи із мовними повідомленнями, психотерапевт намагається перевести висловлення (опис) у скрипт (звернення). Наприклад, якщо пацієнт каже: “Це просто звичка”, то в перекладі це означає: “Не намагайтеся це змінити”. Поступово уточнюючи зміст вербальних і невербальних проявів, психотерапевт формує гіпотези щодо причин неврозу, стверджує або спростовує їх [5, с. 85].

Оскільки невротичний стиль дозволяє пацієнту, хоча і не найкращим чином, але все ж таки задовільно функціонувати, то його деструкція викликає певний опір. Тобто, коли психотерапевт відшукуює, інтерпретує і навіть прогнозує дії і переживання, які базуються на фіктивній меті невротика, пацієнт не стільки відмовляється від них, скільки створює нові. Така боротьба бере своє коріння в бажанні зберегти почуття вищості над психотерапевтом, у результаті чого можливий зрив лікування. Тому поряд з розкриттям змісту симптомів, дискредитацією помилкових апперцептивних схем психотерапевт піклується про сили, які допомагають мотивувати подальше просування терапії [5, с. 86].

В індивідуальній психотерапії відносини психотерапевта і пацієнта розглядаються як лікувальний фактор. Однак А. Адлер не стільки інтерпретував особливості їхнього розвитку, скільки намагався на них впливати. Він припускав, що психотерапевтичні відносини повинні стати моделлю для побудови пацієнтом нових соціальних зв'язків. Невротик, не маючи досвіду продуктивних стосунків з людьми, намагається втягнути психотерапевта в ігри, нав'язуючи йому роль батька, учителя, рятівника і т.д., неадекватні ситуації лікування.

Ставлення до пацієнта в індивідуальній психотерапії контрастує з психоаналітичним. А. Адлер вважав, що у важкому психотерапевтичному процесі дуже важливі співробітництво і спільні зусилля пацієнта і терапевта, які досягаються, якщо терапевт демонструє підтримку, прийняття та інтерес. Психотерапевт нічого не вимагає, не засуджує пацієнта, а намагається його зрозуміти. Рівність учасників психотерапевтичного процесу відчувається в ідеології підходу, і навіть у просторовому розташуванні його учасників: вони сидять віч-на-віч, не уникаючи зорового контакту [5, с. 88].

У процесі психотерапії пацієнт переживає досвід співіснування з іншою людиною, досвід буття, який стає значною подією в його житті. Ця подія дає можливість пережити новий тип стосунків, через який пацієнт, можливо, не пройшов у ранньому дитинстві: стосунків повного і безумовного прийняття. Однак стосунки психотерапевт-пацієнт – це дорослі стосунки.

В індивідуальній психотерапії приділяється багато уваги наданню психологічної підтримки пацієнту. Підтримка повинна допомагати людині будувати міжособистісні відносини на продуктивній основі. Важливим питанням є її характер і ступінь інтенсивності. Вона не повинна бути занадто значною, щоб дозволити пацієнту адаптуватися до хвороби, позбавити його мотивації змін. Недостатня ж підтримка – залишає пацієнта в даний момент наодинці із нездоланими труднощами. Характер підтримки залежить від багатьох факторів: етапу лікування, складності проблеми, особистісних можливостей, мотивації лікування і т.д.

Головний засіб підтримки – це демонстрація прийняття. Прийняття пацієнта терапевтом дає можливість знизити його почуття неповноцінності, зрозуміти себе та інших у вищій людській цінності. Пацієнт здатен усвідомити не лише свою неповноцінність, недоліки, проблеми, але й свою сутність. Переживання непохитної позитивної основи свого буття, внутрішнього стержня дає силу для зіткнення із “базовими помилками” життєвого стилю особистості [5, с. 88].

Атмосфера кабінету індивідуального психотерапевта невимушена, для неї характерний природний сміх. Вказуючи на помилки апперцепції психотерапевт використовує іронію та жарти.

Змінюється позиція і роль психотерапевта. Він уже не “білий екран”, на який проектуються трансферні реакції, а особистість, що виявляє соціальний інтерес, стає в позицію друга, який допомагає. Психотерапевт не приховує свої почуття, а безпосередньо і спонтанно

виражає дружелюбність. Саморозкриття психотерапевта полегшує саморозкриття пацієнта і є одним із засобів роботи з опором [5, с. 89].

**III. Розвиток соціального інтересу.** Соціально-психологічний, точніше міжособистісний, аспект людського існування ставився індивідуальною психологією на головне місце. Будь-яка проблема людини, на думку А. Адлера, є соціальною. Результатом роботи розглядалося не просте зникнення симптому, а повноцінне функціонування особистості в системі соціальних зв'язків [5, с. 89].

Усі процедури індивідуальної психотерапії спрямовані на визначення мети і переорієнтацію пацієнта на соціальний інтерес. Переорієнтація означає зміну в системі цінностей. Однак, це не нав'язування “гарних” цінностей замість “поганих”, а аналіз ціннісних орієнтації з погляду їхньої корисності для пацієнта.

Процес соціального інтересу може бути спрямований на [6]:

1. **Субсоціальні об'єкти** – неживі предмети, ситуації або види діяльності (наука, мистецтво і т. д.). Цікавість, що до них проявляється, не пов'язана з власним “Я” індивіда. Здатність до зацікавленості, яка іде зсередини, виступає фундаментом майбутнього вкладу індивіда в розвиток людства. Проте, чи зробить людина такий вклад чи ні, значною мірою залежить від розвитку спрямованості на другу іншу категорію об'єктів.

2. **Соціальні об'єкти** включають все живе. Соціальний інтерес тут проявляється як здатність цінувати життя і приймати точку зору інших. При цьому інтерес до власне соціальних об'єктів приходить пізніше, ніж інтерес до субсоціальних об'єктів, тому можна стверджувати про відповідні стадії розвитку соціального інтересу. Так, наприклад, на субсоціальній стадії дитина може з цікавістю грати з котенятами і при цьому мучити їх, заподіювати їм шкоду та біль. На соціальній стадії вона вже шанобливіше відноситься до життя.

3. **Супрасоціальні об'єкти** – це як живі, так і неживі об'єкти. Соціальний інтерес тут означає повний вихід за межі самого себе і єдність зі всією повнотою світу, це космічне відчуття і віддзеркалення спільності всього космосу і “життя в на”, тісний союз з “життям як цілим”.

Для діагностики соціального інтересу використовуються опитувальники, шкали спостереження і проєктивні методи. Проте, як показують деякі спеціальні дослідження, різноманітні методики на соціальний інтерес дають різні результати, що може обумовлюватися

схильністю досліджуваних давати соціально бажані відповіді [6].

Отже, можемо зробити висновок, що суть індивідуальної психотерапії заключається в тому, що на відміну від психоаналітичної теорії З.Фрейда, за А. Адлером ніякого несвідомого не існує, кожна людина створює несвідоме кожного разу сама, виявляючи між ідеями і образами нові смислові зв'язки, які раніше не помічала. Не минуле стимулює вчинки і визначає думки людини, а прагнення досягнення мети яка формується життєвими планами особистості.

Індивідуальна психологія А. Адлера досить обережно ставиться до всякого виду схем і класифікацій. Вона не передбачає системи та правил лікування. Кожен випадок хвороби, як і кожен випадок спілкування людей розглядається як щось неповторне та індивідуальне, де загальні правила – це лише допоміжні засоби. А. Адлер вважав, що найбільш важливим для успіху лікування є психологічна гнучкість терапевта, відчуття нюансів, вірність здоровому глузду.

## 4.2. Генеза неврозу

Як і психоаналіз, індивідуальна психотерапія вбачає коріння неврозу в інфантильному досвіді. Його первинною причиною є переживання слабкості, що переживає немовля. Будучи самим непристосованим серед дитинчат тварин, людська дитина виносить з раннього дитинства відчуття безпорадності в чужому світі. Таке відчуття може підсилюватися через органічні або функціональні порушення, негативний емоційний досвід, який отримується в родині, формуючи тим самим комплекс неповноцінності [5, с. 74].

А. Адлер вважав надзвичайно важливою для подальшого функціонування особистості **“сімейну органічну конституцію”** – типові зразки сімейного реагування. Дитина важко переживає неприйняття та неадекватні очікування членами родини. Автор вказує на подібність поведінкових стратегій і особистісних проблем у дітей, які займають визначений статус в родині. Наприклад, у багатьох родин первісток проявляє риси **“скинутого принца”**. Цей спосіб реагування формується, коли дитина важко переживає народження молодшого брата або сестри і пов'язану з цим втрату уваги батьків. Можливий також і інший невротичний сценарій: первісток

сприймається як помічник, на дитину покладаються дорослі обов'язки, і вона росте з почуттям гіпервідповідальності і провини. Спостерігається також стійкий спосіб сімейного реагування на молодшу дитину. Він описаний в багатьох казках. Молодший часто буває мазунчиком у родині, усі про нього піклуються, і позиція безпомічної дитини переноситься у зрілий вік [5, с. 74].

Закріплення інфантильного досвіду відбувається завдяки формуванню апперцептивних схем. Експериментуючи зі способами і моделями поведінки, дитина їх несвідомо класифікує на успішні і неуспішні. Розумовий процес дитини недосконалий, і вона може формувати помилкові апперцептивні схеми на підставі невірної аналізу своєї поведінки та дій оточуючих. Помилкові апперцептивні схеми функціонують як аксіоми, які підтримують неадекватність поведінки. Наприклад, в результаті постійного суперництва з братом в боротьбі за увагу і любов матері у хлопчика формується досвід: “Любов варто заслужити гарною поведінкою”. Джерелом помилки може бути розповсюджена в культурі модель схвальної поведінки: “Справжні чоловіки повинні бути агресивними”. До перекручувань призводять також психологічні травми. Наприклад, якщо дитину карають за свавілля, вона може генералізувати такий досвід до наступної апперцептивної схеми: “За ініціативу карають”.

Такі когнітивні утворення, що формують специфічні жорсткі і неефективні моделі поведінки, А. Адлер назвав **“базисними помилками”**. У їхній основі можуть знаходитися [5, с. 75]:

– помилкові цінності: “Людина повинна прагнути до загальної любові”, “Треба завжди уникати конфліктів”;

– обмежене сприйняття і розуміння життя: “Невдачі зміцнюють силу духу”, “За успіх чекає розплата”;

– занадто широке узагальнення травматичного досвіду: “Люди заздрісні”, “Усі жінки корисливі”;

– почуття неповноцінності: “Я – невдаха”, “Я все роблю не до ладу”.

Людина, яка прагне керувати хворобливими переживаннями, відшукує різні способи їх уникнення. Вона вибирає таку форму поведінки, яка б дозволяла їй обійти ситуації, з якими може не впоратись. Формується захисний стиль життя, за якого людина несвідомо обмежує свою активність у визначених сферах життєдіяльності. Такий стиль створює обхідні шляхи для уникнення потенційно небезпечних з погляду невротика ситуацій. Наприклад,

він намагається усім догодити, щоб уникнути повторення травматичної ситуації конфлікту; прагне бути дружелюбним, приховує роздратування і злість, звинувачуючи себе в усіх неприємностях. Для такої дитини слухняність стає головною чеснотою, і вона надалі усіляко уникатиме ситуації прийняття рішення, прагнучи перекласти відповідальність на інших. Таким чином, створюється дистанція між людиною і її життєвими завданнями [5, с. 76].

Травматичний досвід, який отримує дитина, породжує не лише бажання уникнути невдачі, але і прагнення їх відшкодувати. Уже в ранньому дитинстві діти з вираженим почуттям неповноцінності в іграх, фантазіях вибирають ролі героїв-переможців, готуючись до дорослої ролі незрозумілого генія, страждальця. Складається кінцева мета, неадаптована через свою нереальність, яка слугує досягненню вищості над людьми. Якби вона піддалася критичному розгляду, то втратила б свою дієвість. Її рятує неусвідомленість. Невротичний конфлікт формується в несвідомій сфері з складної колізії почуття неповноцінності і прагнення до досягнення вищості.

Комплекс неповноцінності закономірним чином пов'язаний із комплексом вищості. Спроба, за рахунок розвитку почуття вищості, позбутися від комплексу неповноцінності визначається як компенсація. Компенсація може здійснюватися як на корисній так і на некорисній стороні життя. Таке розмежування проводиться А. Адлером за допомогою критерію соціальної значимості. Позитивно оцінювані в суспільстві види діяльності знаходяться на корисній стороні життя. У концепції А. Адлера користь індивіда і суспільне благо розглядаються як такі, що співпадають. До активності на некорисній стороні життя відносяться невротична симптоматика, деліквентна поведінка, алкоголізм, наркоманія тощо.

А. Адлер вважав, що, оскільки в сучасній західній культурі домінують маскуліні цінності та орієнтації, і в чоловіків, і в жінок компенсація набуває характеру "чоловічого протесту". У жінок він проявляється у запереченні статевої ролі. З. Фрейд розглядав особливості жіночої психології як прояв заздрості до пенісу. Не погоджуючись з цим поясненням, А. Адлер вбачав джерела психологічної фемінної орієнтації в соціальному контексті. Він вважав, що жінка прагне одержати не пеніс, а владу, яка у сучасній західній культурі зосереджена в чоловічих руках. "Чоловічий протест" разом із творчою силою особистості може призвести до

успішної компенсації, але, спираючись на помилкову аперцептивну схему, призводить до неврозу. А. Адлер описав випадки, коли його пацієнтки чинили опір лікуванню, несвідомо прагнучи не до лікування, а до перемоги над психотерапевтом-чоловіком.

Поняття “чоловічий протест” А. Адлер вживав як синонім до поняття “прагнення до влади”. Потім він частіше став користуватися поняттям “почуття вищості”, в пізніших роботах ця тенденція визначається як прагнення до досконалості [5, с. 77].

Динаміка особистості здобуває різну спрямованість залежно від співвідношення основних структурних факторів: почуття неповноцінності, прагнення до вищості і соціального інтересу. При розвитку почуття неповноцінності може зростати прагнення до вищості, і тоді людина замикається в своєму Я, нехтуючи іншими людьми. Якщо почуття неповноцінності не компенсується почуттям вищості, тоді зростає ворожість до оточуючих, страх перед ними. Здоровим та адаптованим шляхом розвитку особистості А. Адлер вважав розвиток соціального інтересу [5, с. 77].

**Соціальний інтерес** А. Адлер визначив як здатність людини бути поєднаною зі світом людей. Він проявляється у прагненні до взаєморозуміння, співпереживання, співробітництва з людьми, у здатності ідентифікувати себе з групою. Соціальний інтерес вроджений, оскільки людина споконвічно включена у систему соціальних зв'язків. А. Адлер вважав соціальний інтерес найбільш природною тенденцією розвитку людини: “Її тілесність жадає від нього єднання: мова, мораль, естетика і розум прагнуть до загального прийняття чи передбачають його; любов, робота, людська причетність є реальними умовами спільного людського життя” [5, с. 78]. Перший досвід розвитку соціального інтересу дитина отримує спілкуючись із матір'ю, і ці відносини надалі слугують своєрідною матрицею, з якої зчитуються усі соціальні зв'язки. Розвиток соціального інтересу відбувається у трьох основних сферах життя: діяльності, любові, відношеннях Я-Ти.

Таким чином, почуття неповноцінності, почуття вищості і, на їхню противагу, соціальний інтерес є основними факторами структури і динаміки особистості. При цьому А. Адлер запропонував ідею не каузальної, а телеологічної детермінації поведінки. Людина завжди діє для чогось або заради чогось, тому всі її вчинки залежать від мети. Ціль складається в ранньому дитинстві і визначає напрямок



усього життя людини. Від неї залежить, які людина вирішує задачі і які засоби для цього вона використовує [5, с. 78].

Реалізація мети вимагає формування специфічної мотиваційно-потребової сфери та інструментальних характеристик, а саме: способів організації досвіду, зразків реагування, моделей прийняття рішень і т.д. Вони утворюють певну цілісність, яку А. Адлер назвав стилем життя. Стиль життя складається до 4-5 років і визначає шляхи самореалізації людини у майбутньому: основні мотиваційні тенденції, особливості взаємодії з людьми, способи задоволення потреб, вибір професії, дружини, чоловіка і т.д. Він цементується кінцевою метою, якій підпорядковуються поведінкові акти і переживання людини.

А. Адлер надавав вирішального значення дитячому досвіду, він вважав, що людина є активним суб'єктом життєдіяльності, вона “і картина, і художник”. Людиною керує творча сила, яка виражає себе у бажанні розвиватися, прагнути, досягати... Ця сила телеологічна, вона виражається в прагненні до мети, і в цьому прагненні кожен тілесний і душевний рух повинен брати участь”. Творча сила може також використовуватися і для підтримки неадаптованих цілей, оскільки формування помилкових апперцептивних схем, аранжування симптомів є творчими діями. Мета являє собою те, яким чином людина вирішує життєві задачі. Якщо у результаті своїх дій вона здійснює корисну активність, досягає відчуття власної цінності, то її діяльність знаходиться на корисній стороні життя [5, с. 79].

А. Адлер описав три варіанти стилю життя [5, с. 79]. Перший варіант представляє збіг **прагнення до досконалості** та **соціального інтересу** і є єдиною адаптованою можливістю існування. Інший варіант стилю життя отримав назву **гіперкомпенсації** – це часткове пристосування за рахунок розвитку прагнення до досконалості в одній сфері життєдіяльності. Розвиток цієї сфери завжди більший, ніж потрібно для успішного функціонування. При цьому формується захисний стиль життя, який обмежує інші сфери. Третій варіант – **невроз** – неуспішний спосіб компенсації почуття неповноцінності за рахунок розвитку особистості на некорисній стороні життя. Описуючи невроз А. Адлер використовував не медичну модель, а соціально-психологічні критерії. На його думку, функціонування особистості визначається тим, наскільки вона може вирішувати життєві задачі: вибір сфери діяльності, шлюбного партнера, реалізація професійних і сімейних обов'язків. Формуючи захисний

стиль життя, невротик створює дистанцію між собою і життєвими задачами. Невротична симптоматика стає засобом рятування від відповідальності за вчинки, виправданням бездіяльності. Часто помилкова апперцептивна схема, сформована у дитинстві, дозволяє невротика пристосуватися до хвороби: “Хворого шкодують, йому приділяють увагу. Своєю хворобою я заслужив любов і допомогу”. За допомогою такого способу хворий отримує владу над оточуючими і перетворюється на тирана, вимагаючи постійної присутності близької людини: дружини, коханого, доньки і т.д. Хвороба стає засобом отримання влади над людьми, розглядається ним як цінність: “Всі людські нещастя вражають мене. Добре людям з черствим серцем, які не думають про інших”. У невротичної особистості найкраще реалізується комплекс вищості [8, с. 80].

Невротик не усвідомлює ні засобів, ні мети, до якої він прагне. Так, спільне проживання з авторитарною матір'ю, залежність від неї, усвідомлюється молодою людиною як неминуча і природна життєва обставина, а в дійсності є дистанцією, яку вона створює між собою і проблемою. Так само, як і процвітаючий, але не задоволений своїми успіхами бізнесмен, не усвідомлюючи своєї кінцевої мети, не розуміє, що його робота – це лише продовження його боротьби за першість серед однолітків у школі.

Творча сила особистості аранжує головний мотив, доповнює його, оформлює в конкретні життєві обставини, наповнює специфічними подіями і переживаннями, впорядковує у вигадливу логіку, за якою часом буває важко розгледіти кінцеву мету. Лікування невроту А. Адлер вбачав в усвідомленні пацієнтом своєї кінцевої мети, розумінні її неадаптованого характеру, дискредитації помилкової апперцептивної схеми, переорієнтації з прагнення до вищості на розвиток соціального інтересу.

### **4.3. Техніки індивідуальної психотерапії**

Теорія індивідуальної психотерапії ґрунтується на положенні, що психотерапія є свого роду процесом перенавчання, який включає одного або більше терапевтів з одного боку та одного або більш пацієнтів з іншого, які співпрацюють один з одним. Психотерапевтичний процес у руслі індивідуальної психотерапії переслідує наступні цілі: 1) стимулювання соціального інтересу; 2)

зменшення відчуття неповноцінності і подолання смутку, а також усвідомлення і використання власних ресурсів; 3) зміни в стилі життя особистості, тобто сприйняття, цілей; 4) зміна помилкової мотивації, навіть якщо вона лежить в основі прийнятної поведінки або зміна цінностей; 5) усвідомлення індивідом рівності серед своїх колег і товаришів; 6) допомога у становленні людської істоти, яка робить внесок у загальну справу. При цьому у пацієнта завжди повинна зберігатись можливість вибору: у будь-яких обставинах пацієнт повинен мати абсолютну свободу. Він може рушити у бік змін або відмовитися від них, це вже як йому заманеться [14, с. 341].

Як і в будь-якому іншому напрямі психотерапії динамічної орієнтації, початковий етап індивідуальної психотерапії за А. Адлером полягає у зборі даних про особистість пацієнта. А. Адлер називав п'ять відносно достовірних джерел [6, с. 199]:

- 1) ранні дитячі спогади;
- 2) сновидіння і марення;
- 3) порядок народження дитини в сім'ї;
- 4) труднощі дитинства;
- 5) характер екзогенного чинника, що зумовив дане порушення або хворобу.

Якщо спогади і сновидіння продукуються самою особистістю, то три останніх джерела є зовнішніми по відношенню щодо неї. У зв'язку з цим робота адлеріанського психотерапевта будується в русі від зовнішніх джерел до внутрішніх.

В індивідуальній психотерапії використовується психоаналітична ідея про те, що для лікування необхідно зрозуміти зміст симптому. Зберігається її основний принцип – необхідність усвідомлення несвідомого змісту. Однак індивідуальна психологія не розглядає свідомі і несвідомі сили як суперечливі. Свідомі засоби реалізують неусвідомлені цілі і тому не суперечать, а відповідають їм. Поведінкові прояви вказують на фіктивну кінцеву мету і тому є ниткою Аріадни для психотерапії. Через розуміння глибинного змісту вчинків пацієнт просувається до усвідомлення своєї кінцевої мети, що приховується в несвідомому. В індивідуальній психотерапії акцент зміщується з питання “чому?” на питання “навіщо?” Психотерапевта цікавить не стільки історія виникнення симптому, скільки мета, яка змушує повторювати дану поведінку, а саме чого прагне досягти пацієнт [5, с. 91].

Ціль задає логіку, впорядковує і додає змісту всім життєвим проявам. Знання мети дає можливість прогнозувати поведінку. У той же час, якщо мета невідома, то історія людського життя з її причинними зв'язками дозволить лише пояснити минуле, але не зрозуміти, куди рухається пацієнт і тим більше змінити напрям. Психоаналітик із пацієнтом ніби “задкують вперед”. У ході цього руху через впізнавання знайомих, вже пройдених місць (трансфер) пацієнт розуміє, що він ходить невротичним колом і потім виринає з нього. Тому головним засобом роботи психоаналітика є інтерпретація [5, с. 92].

**Інтерпретація** займає значне місце і в індивідуальній психології. Її зміст не відрізняється від аналогічного в психоаналізі (поведінка, особливості взаємодії з людьми, зокрема з психотерапевтом, мрії, фантазії і т.д.). Однак фокусом роботи психотерапії стає не причина порушення, а ціль [8, с. 92].

За допомогою інтерпретації психотерапевт показує пацієнту, як той буде своє життя, на що спрямовує зусилля, чого досягає, яка мета лежать в основі його дій, як працюють помилкові апперцептивні схеми. Психотерапевт може запропонувати пацієнту аби той сам зробив інтерпретацію, не вселяючи йому теоретичну схему психологічної концепції в якості головної стратегії. А. Адлер піклувався не стільки про точність інтерпретації, скільки про прийняття її пацієнтом. Головні зусилля спрямовуються на розуміння життєвих обставин у контексті цілісності життєвого стилю та усвідомлення неадаптованості обраного способу життєдіяльності. Виясняється, заради чого пацієнт тим чи іншим способом вибудовує своє життя, а не те, як він його будував у минулому. Індивідуальний психотерапевт у своїх діях спрямовує вперед, він тримає у полі зору ціль, тому йому легше переорієнтувати пацієнта.

**Метод раннього спогаду** є центральним у практиці індивідуальної психотерапії. Він використовується у дослідницьких, діагностичних і психотерапевтичних цілях. А. Адлер виходив з того, що, якщо певний зміст утримується в пам'яті, то це означає, що він є важливим і значимим. Автор припускав, що перший спогад безпосередньо пов'язаний із стилем життя, в ньому кристалізується кінцева мета і сформовані у дитинстві апперцептивні схеми. Психотерапевт не прагне до точності відтворення усіх ранніх спогадів, а лише основних їх елементів. Ранній спогад є стимульним

матеріалом, який дозволяє розглянути вплив значимої події на формування життєвого стилю [5, с. 93].

Працюючи з раннім спогадом, людина може усвідомити рушійні сили своєї поведінки, довідатися про ту вихідну матрицю, з якої копіюються усі її проблеми. Ранній спогад залишає рельєфний слід у пам'яті. Для того, щоб інші події знайшли місце в життєвому стилі особистості, вони повинні якимсь чином відповідати візерунку первинної апперцептивної схеми. Це, ніби, загальний сценарій, за яким розігрується життєва драма пацієнта. У першому спогаді терапевт відшукує ключі до подальшої роботи [5, с. 94].

Репертуар технічних прийомів розширюється за рахунок методів, які базуються на вивченні більш ефективних способів дії і реагування. До числа таких, наприклад, відноситься **техніка натискання кнопки** [5; 6]. Коротко опишемо її застосування. Пацієнт скаржиться на те, що його охоплюють депресивні почуття, з якими він не може впоратися. Тоді психотерапевт дає завдання згадати якусь приємну ситуацію з його життя і відчутти, які емоції прийшли з цим спогадом. Потім пропонується згадати неприємний досвід і знову звернути увагу на почуття, які супроводжують цей спогад. Завдяки цій техніці досягається розуміння того, що людина сама керує станом, у її руках знаходиться “кнопка”, що переключає емоції.

**Техніка “Дія як якби”.** Часто зміни у пацієнтові не можуть переступити бар'єр “якби я тільки міг”. А. Адлер пропонував намагатися діяти, ніби “якби він міг”. Пацієнт міг опиратися, стверджуючи, що нічого не зміниться від цієї “підробки”. Психотерапевт пропонує йому “приміряти” на себе роль, так як приміряють костюм. Людина залишається такою самою, вдягаючи новий одяг, і все-таки її хода, настрої, а часто і самооцінка, змінюються [5, с. 96].

**Історія життя.** А. Адлер запропонував проєктивну процедуру – написання “Історії життя”. Для виконання цього завдання людина повинна вибрати найбільш значні та суттєві частини своєї біографії, поворотні пункти у досягненні життєвої мети. Даний вибір відкриває завісу над життєвою драмою пацієнта, дає можливість зрозуміти його життєвий сценарій і особисту міфологію.

**Аналіз сновидінь.** А. Адлер вважав аналіз сновидінь надзвичайно важливим тому, що він відкриває завісу майбутнього, у сьогоденні показує кінцеву мету. Сновидіння – крок до реалізації

мети, підготовка дій, які надалі проявляються у поведінці. Те ж саме можна віднести до мрій та фантазій. Якщо З. Фрейд говорив про нереалізовані у минулому бажання, то А. Адлер говорив про бажання, які заявляють про необхідність своєї реалізації. У сновидіннях представлені фрустровані потреби, але не стільки як індикатор старої проблеми, скільки як спроба її вирішити. Сновидіння – фабрика емоцій, в якій народжується настрій, який спрямовує людину до певних дій або утримує від них [5, с. 95].

У сні людина ніби готується до подолання майбутніх важких ситуацій, намагається знайти засоби виходу з них. Безумовно, вони пов'язані з минулими життєвими обставинами. Також очевидна перспективна спрямованість сновидіння.

Образи сновидіння часто запозичені з дитинства, оскільки саме тоді відбулося символічне “збереження” значимих життєвих ситуацій. Наприклад, складне життєве випробування у сні може замінюватися шкільними іспитами; очікуючи невдачі наяву людина уві сні спотикається, падає, наштовхується на перешкоди і т.д.

Техніка А. Адлера відрізняється від фрейдівської не лише загальним підходом, але й змістом інтерпретації образів сновидіння. Так, якщо З. Фрейд часто трактував падіння, поле, як символізацію статевого акту, то А. Адлер розглядав цю символіку крізь призму теорії компенсації. Він показав, що поле може означати бажання підняти свій статус. Падіння може бути проінтерпретоване як символічне уявлення почуття вищості або втрати відчуття власної значимості. З. Фрейд, описуючи сні, у яких людина була одягнена не відповідно до ситуації, використовував і трактував це як сексуальну символіку. А. Адлер показав, що ці сновидіння можуть виражати почуття меншовартості або страх викриття в обмані.

А. Адлер підкреслював необхідність індивідуального трактування символіки сновидіння, виходячи з усього різноманіття проявів стилю життя. Йому довелося спостерігати двох пацієнтів-хлопчиків, які у сні виражали бажання бути конем. Для одного це була символізація прагнення нести тягар відповідальності за родину, а для іншого – прагнення обігнати інших, бути першим. Символізація покликана ховати, маскувати стиль життя. А. Адлер вважав, що чим далі особистість знаходиться від усвідомлення кінцевої мети, тим довше і вигадливіше сновидіння. Аналіз сновидінь дозволяє досягнути глибинного рівня особистості, тому і є одним з найчастіше використовуваних методів [5, с. 96].

**Негативна практика.** Практика показує, що симптом ув'язнений у невротичному колі: він закріплюється через постійне повторення. А повторення забезпечується тим, що пацієнт подумки його відтворює, думає про нього. Він викликає в пам'яті усі деталі проявів симптому, борючись з ним. Тому, в індивідуальній психотерапії з'явилася ідея припинити боротьбу із симптомом. Цей підхід у Н. Данлепа (K. Dunlap, 1933) отримав назву негативної практики. У логотерапії подібна техніка описана як парадоксальна інтенція [5, с. 96].

Пацієнту пропонується підсилити симптом. Наприклад, скарга пацієнтки полягала в тому, що в неї змінюється голос, міміка, коли вона говорить зі значимими людьми. Їй було запропоновано підсилити усі симптоми і показати психотерапевту, як це може виглядати у самому непривабливому вигляді. Природно, що у результаті декількох спроб усі симптоми зникли. Часто ця техніка дає успіх при безсонні.

В індивідуальній психотерапії використовуються як вербальні, так і невербальні техніки: рольові ігри, техніка порожнього стільця та ін. Описані підходи і методи роботи дозволяють побачити, що індивідуальна психотерапія спирається як на традиційну ідею зняття витіснення, так і на нові ідеї: дослідження і дискредитацію неадаптованих посилянь у досвіді пацієнта, які призводять до неадаптованих дій; зміни поведінки пацієнта шляхом навчання новим поведінковим стратегіям.

#### **4.4. Результат психотерапевтичного впливу**

Результатом роботи в індивідуальній психології є розвиток в людині здатності довіряти, любити, продуктивно працювати – здатності жити у світі людей, пов'язаних узами співробітництва і відносинами Я-Ти. Особливості міжособистісних відносин в індивідуальній психології розглядалися не лише як критерій психічного здоров'я, але і як фактор психотерапії [5, с. 91].

А. Адлер вважав, що лише взаємодіючи один з одним, будучи корисними суспільству, ми можемо подолати нашу реальну неповноцінність або наше відчуття неповноцінності. З іншого боку, недолік взаємодії і, в результаті, відчуття власної неспроможності і незадоволеності життям є джерелом всіх невротичних або

неадаптивних життєвих стилів. А. Адлер говорив що, при взаємодії людини з іншими людьми, вона ніколи не стане невротиком. Вчений стверджував, що ті, хто зробив найбільший внесок у розвиток людства, завжди були найбільш кооперативними особистостями, і робота найбільших геніїв завжди була спрямована на користь суспільству. Проте людьми, які дійсно вміють зустрічати і вирішувати свої життєві проблеми, є лише ті, хто у своїх прагненнях проявляють тенденцію збагачувати останніх та рухаються вперед шляхом, який є корисним для інших [13].

У результаті психотерапевтичного впливу відбувається послаблення перебільшеного почуття неповноцінності, усвідомлення та використання власних ресурсів; стимулюється соціальний інтерес; змінюється помилкова мотивація; усвідомлюється рівність серед собі подібних; усвідомлюються базисні помилки (помилки мислення) чи помилкова логіка, які включені у життєвий стиль клієнта. Якщо поведінка клієнта покращується, але не супроводжується змінами базисних концепцій, тоді ще рано говорити про припинення психотерапії та її успішну результативність.

Важливим показником психічного здоров'я клієнта є соціальний інтерес. Соціальний інтерес – це один із ключових моментів концептуального підходу А. Адлера до психотерапії. Який означає “жити – це значить розвиватися” на противагу таким неусвідомлюваним установкам як “жити – це значить отримувати як можна більше задоволень” чи “жити – це значить забезпечувати себе”. Усвідомлення цього ключового моменту концепції свідчить про рух людини до вдосконалення.

## **Висновки**

У руслі індивідуальної психології сформовано та розвинено багато наукових ідей, які тяжіють до двох полюсів теоретичної концепції А. Адлера. Акцент на своєрідності індивідуальності, унікальності сенсу життя є одним полюсом у широкому спектрі теоретичних положень концепції А. Адлера. На іншому полюсі розвивалася ідея соціального інтересу. З одного боку, розвиток індивідуальності є умовою досягнення вищих форм міжлюдських стосунків. З іншого боку, соціальний інтерес – є основою здорового функціонування особистості.



У концепції А. Адлера соціальний інтерес виступає як фактор еволюції у людському суспільстві. Наукові дослідження і терапевтична практика індивідуальної психотерапії були орієнтовані на вдосконалення суспільства. А. Адлер розумів гуманне суспільство як таке, що здатне задовольняти глибинні людські потреби і яке засноване на співробітництві між людьми.

Індивідуальна психотерапія істотно розширила рамки застосування психотерапії. В індивідуальній психотерапії здійснювалися проекти, спрямовані на вирішення соціальних проблем: практична робота із засудженими, із національними меншинами; програма вирішення глобальних і локальних конфліктів; наукові дослідження з проблем війни та агресивності, суспільного співробітництва тощо.

Висунуті в індивідуальній психотерапії ідеї вплинули на світоглядні установки, теоретичні погляди і техніки роботи психотерапевтів. У руслі цього напрямку були розвинені методи психодинамічної психотерапії, знайдені нові способи побудови інтерпретацій і роботи з опором, сформовано продуктивний підхід до аналізу сновидінь. Гуманістичні прагнення А. Адлера, а саме ідея творчої сили особистості, були розвинені в клієнт-центрованій психотерапії. Потенціал ідей, які виникли у руслі даного напрямку, зробив індивідуальну психологію однією з найбільш плідних і впливових шкіл сучасної психотерапії.

### **Питання для самоконтролю**

1. Опишіть основні напрямки психотерапевтичної роботи в індивідуальній психотерапії.
2. Порівняйте підходи індивідуальної психотерапії та психоаналізу у світоглядних установках, теоретичних підставах, цілях, описі факторів терапії, методах.
3. Опишіть генезу неврозу в індивідуальній психотерапії.
4. Назвіть основні фактори структурної динаміки особистості в індивідуальній психотерапії.
5. Розкрийте суть поняття “чоловічий протест”.
6. Назвіть види компенсації і наведіть приклади на кожний з видів.

7. Опишіть характеристики психотерапевтичної ситуації, для якої адекватне використання техніки “натискання кнопки”.

8. Коротко проаналізуйте стилі життя за А. Адлером.

Робота в парах:

9. У рольовій грі психотерапевт проводить інтерв'ю для прояснення кінцевої мети, помилкових апперцептивних схем, особливостей формування життєвого стилю клієнта.

10. Змодельуйте спробу дискредитації помилкової апперцептивної схеми “Мені не таланить”.

## Література

1. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / Адлер А. ; пер. с англ. – Ростов н/Д : Феникс, 1998. – 414 с. – (Выдающиеся мыслители).
2. Адлер А. Очерки по индивидуальной психологии / Адлер А. ; пер. с нем. – М. : Когито-Центр, 2002. – 219 с. – (Классики психологии).
3. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей / Адлер А. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 213 с. – (Золотой фонд психотерапии).
4. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / Адлер А. ; пер. с нем. – СПб. : Питер, 2003. – 248 с. – (Психология-классика).
5. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии : учеб. пособие [для студ. вузов, которые обучаются по спец. “Психология”, “Соц. педагогика”] / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника-Центр; М. : Алетейа, 1999. – 320 с.
6. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).
7. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
8. Малкина-Пых И. Г. Справочник практического психолога. Техники психоанализа и терапии Адлера / Малкина-Пых И. Г. – М. : Эксмо, 2004. – 352 с.
9. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учебное пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.

10. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
11. Психотерапия : учеб. [для студ. мед. вузов] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 536 с. – (Национальная медицинская библиотека).
12. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
13. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.
14. Ansbacher H. L. The individual psychology of Alfred Adler. / H. Ansbacher, R. Ansbacher – New York, 1964.



**Карен Хорні  
Karen Horney**

**(1885-1952)**

К. Хорні – видна представниця культурно і соціологічно-орієнтованого психоаналізу. З 1915 по 1920 рр. вивчала психоаналіз у Берлінському психоаналітичному інституті. З 1927 р. у К. Хорні розпочалася успішна кар'єра психіатра в Берлінському психіатричному інституті. У 1932 р., під час Великої депресії К. Хорні переїхала до США. Там вона була прийнята на посаду помічника директор Чикагського психоаналітичного інституту. Через два роки переїхала

до м. Нью-Йорка, де читала лекції в Нью-Йоркському психоаналітичному інституті. У зв'язку із розходженнями К. Хорні в поглядах з доктриною З. Фрейда, керівництво інституту у 1941 р. було змушене дискваліфікувати її як інструктора з психоаналізу. Після цього К. Хорні заснувала Американський інститут психоаналізу, в якому працювала на посаді декана до самої смерті. Померла К. Хорні від раку у 1952 р. У науковому доробку авторки найпопулярнішими книгами є “Невротична особистість нашого часу” (1937), “Нові шляхи в психоаналізі” (1939), “Самоаналіз” (1942), “Наші внутрішні конфлікти” (1945), “Неврози і розвиток людини” (1950) та ін.

## РОЗДІЛ 5. ХАРАКТЕРОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ К. ХОРНІ

### 5. 1. Суть характерологічного аналізу К. Хорні

К. Хорні є однією із найяскравіших представників неопсихоаналізу. Як і З. Фрейд, вона підкреслювала важливу роль неусвідомлюваних конфліктів. Разом з тим, концепція К. Хорні відрізняється від ортодоксального психоаналізу. Однією із принципів відмінностей характерологічного аналізу К. Хорні є зменшення значення Лібідо і заперечення уявлень про те, що люди переважно мотивовані вродженими і забороненими інстинктами. К. Хорні робить акцент на соціальних, а не біологічних детермінантах формування здорової та невротичної особистості [2].

З. Фрейд вважав, що психоаналітик викликає регресивні реакції у пацієнта і той, у свою чергу, змушений переносити на аналітика почуття із дитячих переживань. На думку К. Хорні, виникнення ворожих емоцій у клієнтів, під час психотерапевтичного процесу, обумовлене структурою їх характеру. Тому аналітик повинен використовувати емоції пацієнта, задля кращого розуміння його захисних стратегій та внутрішніх конфліктів. Як перенесення, так і контрперенесення, є проявом не лише інфантильних реакцій, але й структури характеру, проте вже не у клієнта, а у аналітика. У терапевтичному процесі аналітик повинен добре розуміти власні захисні стратегії, в протилежному випадку вони приховуватимуть від нього подібні захисні стратегії клієнта або ж він заохочуватиме ці стратегії. У терапевтичному процесі К. Хорні ретельно прояснювала захисні стратегії клієнтів і намагалася розкривати їх функції та значення [4].

Ціль терапії К. Хорні вбачала не в тому, щоб допомагати людям оволодівати власними інстинктами, а у зниженні їх тривоги такою мірою, за якої вони зможуть обходитися без невротичних рішень; не у трансформації істеричного страждання у повсякденне нещастя, а в допомозі клієнту досягнути відчуття радості від самореалізації. Кінцевою ціллю терапії, за К. Хорні, є відновлення людини для самої себе, допомога їй у поверненні безпосередності та центру тяжіння всередині себе [4].

Під час психотерапевтичного процесу аналітик допомагає клієнту подолати страх безпорадності, дає відчуття, що проблеми

вирішуються. У клієнтів може виникати відчуття небезпеки, коли у них зникає “слава і блиск” і з’являється розуміння того, що вони “не такі святі і люблячі, могутні і незалежні” як здавалося раніше. У цей момент їм потрібен хтось, хто в них повірить, навіть якщо вони у собі зневірилися. Під час психоаналізу клієнти втрачають не лише ореол, який вони створили самі для себе, але й зустрічаються із “непривабливими” сторонами, які є наслідком неврозу. Звичайною реакцією клієнтів у процесі психоаналізу є неприйняття себе такими, які вони є, що дозволило б їм розвиватися, а не ненависть до себе. Схвалення аналітика протистоїть ненависті клієнтів до себе і допомагає їм любити і поважати самих себе [4].

На думку К. Хорні саме аналітик є інструментом психотерапевтичного процесу і тому аналітик має завжди бути у хорошій формі. Загалом характерологічний аналіз цілком може ефективно застосовуватися при обов’язковому дотриманні наступних вимог [3]:

1. У клієнта повинен бути сильний і стійкий мотив для самопізнання. Цей мотив повинен не слабшати впродовж тривалого і важкого процесу самопізнання.

2. Приступаючи до самоаналізу, клієнт повинен бути озброєний необхідним мінімумом знань про несвідоме і його вплив на психічні стани і поведінку людини, а також про основні методи, техніки психоаналізу. Для цього потрібно пройти відповідну підготовку під керівництвом досвідченого психоаналітика. Клієнт повинен бути переконаним у необхідності безжального і відвертого погляду на себе, свої проблеми і їх істинні причини.

3. Психоаналіз може принести справжню користь за умови, що досвідчений психоаналітик використовуватиме у своїй роботі домашні завдання для клієнта.

Як показує практика, механізми самозахисту (неусвідомленого самообману) при проведенні самоаналізу заважають проникненню у підсвідомість і часто спотворюють уявлення про істинні причини проблеми, що заважає її вирішенню. Проте, самоаналіз може бути достатньо ефективним інструментом самокорекції і самовдосконалення при неодмінному коректуванні своєї самооцінки, при зіставленні її із об’єктивнішими показниками (думкою інших, аналізом конкретної поведінки і діяльності).

Теорії К. Хорні добре зарекомендували себе не лише в клінічній практиці, їх також почали використовувати як системи

інтерпретації в інших областях науки і культури: в аналізі літературних творів, в біографічних дослідженнях, у сфері культури і в дослідженнях гендерних проблем [15; 18; 22].

**Літературознавство.** Б. Паріс вважав, що теорії К. Хорні особливо зручні для аналізу характеру літературних героїв, оскільки мають справу із захисними механізмами і внутрішніми конфліктами дорослої людини. Окрім аналізу характерів літературних героїв, теорії К. Хорні застосовуються в аналізі тематичних невідповідностей, протиріч між темою і її розробкою, при психологічному тлумаченні ставлення авторів до своїх творів і аналізі психології читацької реакції. Вони допомагають інтерпретувати твори і авторів не лише сучасної літератури, але й античності [4, с. 157-158].

**Психобіографія.** Особливо корисною виявилася теорія К. Хорні про структуру особистості для жанру психологічної біографії. Біографічні дослідження життя Р. Фроста, Ч. Хьюджеса, біографії членів сім'ї Дж. Кеннеді, І. Сталіна, В. Вільсона, Дж. Картера та інших – до всіх них плідно застосовувався психоаналіз К. Хорні [13; 16; 18].

**Дослідження культури.** Деякі письменники використовували ідеї К. Хорні, аналізуючи різні культури. На дослідника Д. Поттера (1954) справив враження розроблений К. Хорні метод аналізу рис характеру, її опис внутрішніх конфліктів. П. Вачтел вважає, що є щось ірраціональне та саморуйнівне в тому, як американці постійно прагнуть збільшити свій добробут. Б. Паріс (1986) міркував над вікторіанською культурою з точки зору К. Хорні і пов'язав конфліктні культурні коди епохи Єлизавети I (вони відображені в шекспірівських п'єсах) із стратегіями захисту, описаними К. Хорні [4].

**Взаємодія статей.** Останніми роками феміністки виявили неабияку цікавість до робіт К. Хорні. У “Феміністичному спадку К. Хорні” (1986) М. Весткотт розвивала думки К. Хорні про жіночу психологію і писала про сексуальність і недооцінку жінок, результатом чого стають залежність, гнів і відчуженість. Феміністки Д. Бейкер-Міллер, Н. Ходороу, К. Гіліган вважали, що у жінок є специфічні особистісні межі, якими не володіють чоловіки: потреба у любові, схильність виховувати, відчуття відповідальності за інших людей і відносне відчуття ідентичності [20, с. 2]. М. Весткотт вважала, що ці межі є захисними реакціями на підпорядкування,

недооцінку і безсилля і що, якими б бажаними вони не виглядали із соціальної точки зору, перешкоджають жіночій самореалізації [21, с. 245].

У характерологічному аналізі К. Хорні можна легко віднайти поняття та ідеї ранніх етапів психоаналітичного підходу (ідеальний образ, комплекс домінування, агресивність, реакція формації, самореалізація і т.д.). Проте, саме К. Хорні остаточно перенесла проблематику психологічної допомоги у соціум, її поняття “невротик” має не медичний, а соціально-психологічний чи особистісно-орієнтований характер. У своїх наукових доробках К. Хорні підкреслювала важливість культурного і соціального впливу на особистість. Хоча її теорія стосується більшою мірою хворих неврозом, ніж здорових людей, проте багато її ідей призвели до значних відкриттів у розумінні індивідуальних відмінностей та міжособистісних стосунків.

## 5.2. Генеза неврозу

Центральним поняттям концепції К. Хорні є самореалізація людини. Відповідно до неї, якщо можливість самореалізації порушується, то людина стає невротиком, який переживає внутрішній конфлікт [1, с.57]. Джерело неврозу К. Хорні вбачала у конфлікті суспільних прагнень людини із ворожими для неї умовами соціального середовища. Анксіозність (з англ. anxiety – тривога) призводить до зневіри у власних силах, відчуття власної неповноцінності. Перфекціонізм спонукає людину до подолання страху і забезпечує свободу, впевненість. Проте тенденція до вдосконалення збільшує залежність людини від інших членів суспільства. К. Хорні робить висновок, що підвищення вимог суспільства до індивіда збільшує прагнення останнього до вдосконалення, а це призводить до його поневолення соціальними умовами, тому відмінність між хворим неврозом і нормальною людиною чисто кількісна .

Кожна людина, на думку К. Хорні, володіє власним особистісним потенціалом розвитку, конструктивна реалізація якого дозволяє індивіду досягати мети та успіхів, долати труднощі і поступово ставати тим, ким він може і хоче стати. Психопатологічні розлади виникають лише у тому випадку, якщо сили, які сприяють



позитивному зростанню і розвитку, блокуються зовнішніми соціальними чинниками. Дитина, яка зростає у здоровому соціальному середовищі, розвиває відчуття приналежності до безпечного і повчального оточення. Дитина, батьки або вихователі якої не здатні проявляти любов, турботу і повагу до її індивідуальності, стає людиною, яка постійно переживає почуття тривоги, сприймає світ як недружній і ворожий. У цьому випадку здорове прагнення до самоактуалізації заміщується всепоглинаючим прагненням до безпеки – основної невротичної потреби [2].

К. Хорні особливо підкреслювала важливість виділення **концепції базальної тривоги** [12, с. 257]. На відміну від З. Фрейда, К. Хорні не вважала, що тривога є необхідним компонентом психіки людини. Навпаки, тривога виникає у результаті відсутності відчуття безпеки і міжособистісних стосунків. На переконання К. Хорні все те, що у стосунках із батьками руйнує відчуття безпеки, призводить до базальної тривоги. Відповідно, генезу неврозу слід шукати в порушених стосунках між дитиною і батьками. Відчуття тривоги, пов'язане із беззахисністю новонародженої дитини, полягає в ізоляції і безпорадності в потенційно ворожому їй світі. Такі відчуття можуть бути спровоковані наступними факторами: байдужість або відсутність поваги до потреб дитини, відсутність реального контролю над нею, надмірне захоплення дитиною, повна байдужість до неї, недостатність довіри і теплоти у стосунках із дитиною тощо [1, с.57; 12, с. 257].

Базальну тривогу не можна вважати спадковою або генетично обумовленою, вона завжди є продуктом культури і виховання. У дитини її може спровокувати необхідність приймати сторону одного із батьків, мала або надмірна відповідальність, зайва опіка, ізоляція від інших дітей, несправедливість, дискримінація, невиконання обіцянок, ворожа атмосфера і т.д. [1, с.57]. Тобто, якщо дитина відчуває любов і прийняття себе, то вона відчуває себе у безпеці і більш за все буде розвиватися нормально. У протилежному випадку, якщо вона не відчуває себе у безпеці, у неї розвивається ворожість по відношенню до батьків, і ця ворожість, у кінцевому результаті, трансформуючись у базальну тривогу, буде спрямовуватися на будь яку іншу людину. З точки зору К. Хорні, виражена базальна тривога у дитини призводить до формування неврозу у дорослої людини [12, с. 258].

Для того, щоб впоратися із відчуттям недостатньої безпеки, безпорадності і ворожості, які характерні для базальної тривоги, дитина часто використовує захисні стратегії. К. Хорні описала десять таких стратегій, які назвала невротичними потребами чи невротичними тенденціями (в любові і схваленні, в чітких обмеженнях, у владі, в експлуатуванні інших, у суспільному визнанні, у самодостатності і незалежності та ін.).

1. Невротична потреба в любові і схваленні. Ця потреба характеризується бажанням задовольняти інших.

2. Невротична потреба в “партнері-опікуні”. Це людина – паразит. Переоцінює любов і боїться бути покинутою.

3. Невротична потреба у вузькому обмежені життя. Така людина є невимогливою, задовольняється малим, любить бути непоміченою.

4. Невротична потреба в силі. Проявляється у прагненні до сили заради самої себе, неповага до інших, хвала силі і презирство до слабкості. Інший варіант цього прагнення – потреба віри у всесильність волі. Такі люди вважають, що вольовими зусиллями цього можна добитися.

5. Невротичне прагнення експлуатувати інших.

6. Невротична потреба в значенні. Самооцінка визначається рівнем визнання публіки.

7. Потреба в тому, щоб бути об’єктом захоплення.

8. Невротичне прагнення до особистих досягнень. Такі люди хочуть бути найкращими серед усіх, що є наслідком базової відсутності відчуття безпеки.

9. Невротична потреба в самодостатку і незалежності. Люди відділяють себе від інших, відмовляються від прив’язаностей до когось чи чогось.

10. Невротична потреба в досконалості та ідеальності. Такі люди бояться зробити помилку, постійно шукають у собі недоліки і прагнуть приховати їх від інших.

К. Хорні стверджувала, що ці потреби характерні для всіх людей. Проте, невротик, реагуючи на різноманітні ситуації, використовує їх не гнучко (переважно використовує один з типів захисту, майже повністю ігноруючи останні), а здорова людина, навпаки, легко заміняє одну іншою. Тобто, потреба стає невротичною, якщо людина прагне перетворити її задоволення у спосіб життя. Усі невротичні потреби К. Хорні віднесла до трьох

основних категорій, відповідно до яких у людини формується один з трьох типів характеру: поступливий тип, відособлений тип, ворожий тип [1, с. 58; 2; 12, с. 259-260].

У своїй книзі “Наші внутрішні конфлікти” К. Хорні виділила стратегії оптимізації міжособистісних стосунків з метою досягнення відчуття безпеки у навколишньому середовищі [1, с. 58; 12, с. 259]: рух до людей (поступливий тип характеру); рух проти людей (відособлений тип характеру); рух від людей (ворожий тип характеру).

*Орієнтація на людей (поступливий тип характеру / невротичний захисний механізм безпорадності)* передбачає такий стиль взаємодії, для якого характерними є залежність, нерішучість і безпорадність, сильне прагнення до захисту і підтримки, а також перебільшене та нещире прагнення погоджуватися із бажаннями інших. Людиною, яку К. Хорні відносить до поступливого типу, керує ірраціональне переконання: “Якщо я поступлюся, мене не будуть зачіпати” [9, с. 97].

Для поступливого типу необхідно, щоб його любили, захищали і скеровували його. Такі люди створюють стосунки з єдиною метою – уникнення відчуття самотності, безпорадності і непотрібності. Проте за їх люб’язністю може ховатися пригнічена потреба поводити себе агресивно. Може здаватися, що така людина ніяковіє у присутності інших, тримається осторонь, та за такою поведінкою часто приховується злість, ворожість і лють [12, с. 259].

*Орієнтація від людей (відособлений тип характеру / невротичний захисний механізм відчуженості)*, виражається у відмові від інтимних, дружніх і просто побутових контактів з оточуючими людьми. Як стратегія оптимізації міжособистісних стосунків, у тих індивідуумів наявна наступна захисна установка: “Мені всерівно”. Такі люди керуються помилковим переконанням: “Якщо я відсторонюсь, зі мною буде все добре” [9, с. 99]. Тобто, якщо здорова людина надає перевагу вільному спілкуванню, зближенню з оточуючими, і лише за певних обставин іде проти них, або уникає контакту з ними, то невротик вирішує проблему у спілкуванні завжди негнучким способом. Він вибирає лише один із типів комунікації, тоді як насправді вони не виключають один одного [1, с. 58; 2].

У ситуації, коли значення двох можливих, але не реалізованих орієнтацій на взаємодію зменшується або повністю ігнорується, створюються умови для їх витіснення на несвідомий рівень, де і

розгортається конфлікт між ними і домінуючою орієнтацією [2]. Люди із відособленим типом характеру втрачають істинну зацікавленість в людях, звикають до поверхових насолод – вони безпристрасно ідуть життям. Для такої стратегії характерними є прагнення до самотності, незалежності і самодостатності [12, с. 259].

*Орієнтація проти людей (ворожий тип характеру / невротичний захисний механізм агресивності)* базується на переконанні, що життям керує “закон джунглів”, відповідно до якого виживає найсильніший. Людина, яка підтримує своєю поведінкою таку життєву орієнтацію, сприймає інших з ворожістю, вважає інших лицемірними, заперечує теплі спонтанні відносини між людьми, надаючи перевагу маніпулюванню іншими [1, с. 58]. Вона переконана, що справжня любов не існує, та, діє на основі ілюзорного переконання: “У мене є влада, ніхто мене не буде зачіпати” [8, с. 98].

Ворожий тип дотримується думки, що всі інші люди агресивні і що життя – це боротьба проти всіх. Тому будь-яку ситуацію або стосунки він розглядає з позиції: “А що я буду з цього мати?”, незалежно від того, про що йдеться – гроші, престиж, контакти чи ідеї [12, с. 260].

Важливим внеском К. Хорні в практичну психотерапію є розроблені нею основні невротичні симптоми [1, с. 59]: непослідовність і нерішучість поведінки, підкреслена безнадійність, страх змін, постійне наполягання на власній правоті (як захист від внутрішніх конфліктів), сором’язливість і нерішучість, прояв помсти і садизму у поведінці, помітна втомлюваність.

Психотерапевтичний процес за К. Хорні є процесом навчання, у якому клієнт дізнається, що невротик, який нібито прагне до людей, насправді приховує у собі ворожість і самолюбство під бажанням задовольняти інших, а невротик, який рухається проти людей, насправді не усвідомлює своєї безпорадності і т.д. [1, с. 60].

### **5.3. Техніки характерологічного аналізу**

Процес психотерапії будується на використанні психоаналітичних технік, включаючи інтерпретацію снів і перенесення. Аналітичну роботу К. Хорні доповнює психосинтезом, пробудженням у клієнта конструктивних сил, прагнення до саморозвитку і самореалізації. Тобто, готовності до глибокого

переживання своїх бажань і відчуттів, до виявлення свого призначення у житті та прийняття відповідальності як за себе, так і за інших людей, до встановлення дружніх, емоційно забарвлених міжособистісних зв'язків [1, с. 60].

За К. Хорні психоаналітичний процес – це спільний захід, у якому і аналітик, і клієнт прагнуть до однієї цілі. У моделі психоаналізу К. Хорні і клієнт, і психоаналітик мають власні обов'язки. Головними задачами клієнта є – найповніше самовираження за допомогою вільних асоціацій, виявлення несвідомої сили та імпульсів і вплив цих сил на власне життя, зміна тих поведінкових патернів, які порушують стосунки з іншими та собою [4].

У цілому психоаналіз за К. Хорні складається із п'яти компонентів: спостереження, розуміння, інтерпретація, допомога при опорі і проста людська допомога. Під простою людською допомогою К. Хорні розуміє те, що аналітик може дати клієнту те саме, що друг дає своєму другу: емоційну підтримку, схвалення, зацікавлення в щасті іншого [4].

Підтримка психоаналітика особливо потрібна клієнтам, щоб допомогти їм впоратися із смутком, тривогою та усвідомленням болісної правди про самих себе. Психотерапевт допомагає подолати страх безпорадності, надає відчуття того, що проблеми можна вирішити. Схвалення психотерапевта протидіє ненависті клієнтів до самих себе і допомагає їм любити і поважати себе [4].

Хоча у психотерапевтичному процесі аналітик будує різноманітні припущення, надає уявлення клієнту про різноманітні речі та стимулює його бажання бути самим собою, проте рости і розвиватися клієнт повинен сам. Загалом, психотерапевт допомагає клієнту усвідомити свої захисні стратегії та функції, та їх деструктивний вплив на його життя. Таке розуміння призводить до дезорієнтації клієнта, особливо якщо залучається емоційна та інтелектуальна сфера. Проте одного такого розуміння, на думку К. Хорні недостатньо, тому слід мотивувати людей до напруженої роботи зі зміни самих себе, щоб вони могли позбутися від страждань та могли проявити конструктивні сили реального “Я”. Віра К. Хорні у вроджені конструктивні сили людини робить її теорію більш оптимістичною, ніж погляди З. Фрейда, на можливості психотерапії.

#### 5.4. Результат психотерапевтичного впливу

Мету психотерапії К. Хорні вбачає у необхідності допомогти невротика усвідомити своє ідеалізоване Я, його функції. Терапія за К. Хорні, спрямовується на те, щоб показати клієнту, що звичні для нього спроби вирішення конфлікту не призводять до бажаного результату; знизити його тривогу на стільки, щоб він зміг обходитися без невротичних рішень [2; 4]. По закінченню психотерапевтичного процесу відбувається відновлення людини для самої себе, до неї повертається безпосередність і центр тяжіння всередині себе. У цілому, результатом психотерапевтичного впливу є зменшення розриву між реальним Я людини і її ідеалізованим Я, який утворюється у процесі невротичного розвитку особистості.

*Реальне Я* – це не фіксована сутність, а ряд вроджених можливостей: темперамент, таланти, здібності. Вони є частиною нашої спадковості, і для їх розвитку необхідними є сприятливі умови. Ці вроджені можливості не виробляються у процесі навчання, оскільки не можна навчитися бути самим собою, але є відкритими для зовнішніх впливів, оскільки реалізуються через взаємодію із зовнішнім світом, який забезпечує різноманіття шляхів розвитку.

Людина може реалізуватися в різних умовах по-різному, проте в дитинстві існує ряд умов, необхідних для майбутньої самореалізації. Вони включають атмосферу тепла, що дає можливість дитині проявляти свої власні думки і відчуття, доброзичливість близьких людей, здатних задовольняти різноманітні нужди дитини. Коли неврози батьків заважають їм любити дитину або хоч би сприймати її як самостійну особистість, у неї виникає базисна тривога, що заважає їй відноситися до інших з безпосередністю справжніх відчуттів, змушує її розвивати захисні стратегії [2].

*Ідеалізований образ Я* – це тип невротичного внутрішньо-особистісного конфлікту. Люди, які знаходяться під гнітом власної невротичної структури особистості, не лише пригнічують свої проблеми, конфліктні потреби, але й не усвідомлюють своїх недоліків та слабостей, які вони, можливо, відчувають і навіть зневажають. Зазвичай, у таких людей формується свідомий образ самих себе, в якому всі позитивні риси уявляються в дуже перебільшеному вигляді. Це, у свою чергу, підсилює домінуюче невротичне вирішення проблеми. Ідеалізований образ Я змушує людину ставити перед собою практично недосяжні цілі і задачі, які зумовлюють неминучу

поразку, яка підсилює незадоволення собою, може викликати презирство щодо себе, збільшуючи конфлікт між реальним Я і могутнім та грізним ідеалізованим його образом. У результаті цього створюється замкнуте коло [1, с. 59; 2].

К. Хорні підкреслює, що на відміну від справжніх ідеалів ідеалізований образ є статичним. Це не ціль, досягнення якої людина прагне, а фіксована ідея, яку вона обоожнює. Ідеали володіють динамічною властивістю, на такій основі виникають прагнення наблизитися до них; вони є силою, необхідною і безцінною для будь-якого зростання і розвитку. Ідеалізований образ стає безперечною перешкодою зростанню, оскільки він або заперечує недоліки, або засуджує їх. Справжні ідеали ведуть до скромності, ідеалізований образ веде до зарозумілості [1, с. 59]. Слід підкреслити, що ідеалізований образ є несвідомим феноменом і підмінює справжню впевненість у собі. Найбільш яскрава форма ідеалізованого образу спостерігається у психопатів з їх манією величі.

Під час проведення психотерапевтичних сеансів психотерапевт повинен допомогти невротичу усвідомити ідеалізований образ, показати, що цей образ є суттєвою причиною внутрішніх конфліктів, що, у свою чергу, гальмує його особистісне зростання. У процесі аналітичної роботи клієнту необхідно допомогти переорієнтувати установки і життєві плани з метою справжньої самореалізації його як особистості [1, с. 60]. Мету психотерапії за К. Хорні можна виразити, перефразовуючи слова З. Фрейда: “Там, де було ідеалізоване Я, повинне бути реальне Я” [1, с. 60; 2].

## Висновки

Характерологічний аналіз К. Хорні формувався у традиціях вчення З. Фрейда. Як і З. Фрейд, авторка підкреслювала важливу роль несвідомих конфліктів. Разом з тим концепція К. Хорні відрізняється від ортодоксального психоаналізу, який вона часто критикувала за кількома напрямками, зокрема у зв'язку з обговоренням питань, що стосуються жіночої сексуальності. Одна із принципових відмінностей концепції К. Хорні полягає в зменшенні значення Лібідо, інша – у запереченні уявлення про те, що люди мотивовані переважно вродженими і забороненими інстинктами, які зрештою зводяться до інцесту і глобальної деструкції. Від З. Фрейда К. Хорні відрізняє

також акцент на соціальних, а не біологічних детермінантах формування здорової і невротичної особистості.

Теорія К. Хорні майже цілком заснована на клінічних спостереженнях. Її пояснення неврозів, як проявів порушених стосунків, можна вважати найбільш значимим вкладом у теорії особистості. Згідно з її переконанням вирішальним чинником у розвитку особистості є соціальні стосунки між дітьми і батьками. Заслуга К. Хорні полягає також у тому, що вона остаточно перенесла проблематику психологічної допомоги в соціум, тобто її поняття “невротик” носить не медичний, а соціально-психологічний, особистісно орієнтований характер.

Кожна людина, з погляду К. Хорні, володіє власним особистісним потенціалом розвитку, конструктивна реалізація якого дозволяє досягати своєї мети та успіхів, долати труднощі і поступово ставати тим, ким вона може і хоче стати. Психопатологічні розлади виникають лише в тому випадку, якщо сили, які сприяють позитивному зростанню і розвитку, блокуються зовнішніми соціальними чинниками.

На думку К. Хорні, лише психоаналіз, можливо у формі самоаналізу, може допомогти людині подолати сильне і хворобливе прагнення до недосяжних цілей і замінити їх діяльністю, яка б приносила задоволення і радість самореалізації.

Після смерті К. Хорні її послідовники розповсюдили її теорію на широкий спектр психологічних проблем, що не обмежується трактуванням неврозів. Її ідеї про необхідність реалізації людиною свого внутрішнього потенціалу отримали подальший розвиток в багатьох психологічних концепціях.

### **Питання для самоконтролю**

1. Розкрийте суть основних понять характерологічного аналізу К. Хорні.
2. Назвіть стратегії оптимізації міжособистісних стосунків К. Хорні.
3. Перерахуйте вимоги до застосування характерологічного аналізу К. Хорні.
4. Розмежуйте поняття базисний конфлікт та базальна тривога у характерологічному аналізі К. Хорні?



5. Яка генеза неврозу в характерологічному аналізі К. Хорні?
6. Опишіть типи базальних конфліктів К. Хорні.
7. Назвіть типи невротичних захисних реакцій у характерологічному аналізі К. Хорні.
8. Які ви знаєте основні невротичні симптоми за К. Хорні?
9. В яких галузях науки і культури використовується характерологічний аналіз К. Хорні?

## Література

1. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
3. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
4. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.
5. Хорни К. Ваши внутренние конфликты / Хорни К. ; пер. с англ. – М. : Эксмо, 2003. – 320 с. – (Психологическая коллекция).
6. Хорни К. Женская психология / Хорни К. – СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа и БСК, 1993. – 224 с.
7. Хорни К. Избранные труды: психоанализ и культура / К. Хорни, Э. Фромм. – М. : Юристъ, 1995. – 624 с.
8. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самоосуществление / Хорни К. ; пер. с англ. Е. И. Замфир. – СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа и БСК, 1997. – 315 с.
9. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / Хорни К. ; пер. с англ. В. Старовойтов. – М. : Айрис-Пресс, 2004. – 464 с.
10. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / Хорни К. – СПб. : Питер, 2002. – 224 с. – (Психология-классика).
11. Хорни К. Психология женщины / Хорни К. ; пер. с англ. – М. : Эксмо, 2003. – 349 с. – (Психологическая коллекция).
12. Хьелл Л. Теория личности: основные положения, исследования и применение / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. : Питер, 1997. – 608 с.
13. Glad B. Jimmy Carter / Glad B. – New York : Norton, 1980.

14. Quinn S. A mind of her own: The life of Karen Horney / Quinn S. – New York : Summit Books, 1987.
15. Rubins J. Discussion of Barry G. Wood: The religion of psychoanalysis / J. Rubins // The American Journal of Psychoanalysis. – 1980. – №40. – P. 23–26.
16. Thompson L. Robert Frost: The early years 1874-1915 / Thompson L. – New York : Holt, Rinehart & Winston, 1966.
17. Tigner J. An analysis of Spinoza's pride and self-abasement / J. Tigner // The American Journal of Psychoanalysis. – 1985. – № 45. – P. 208–220.
18. Tucker R. Stalin as revolutionary, 1897-1929: A study in history and personality / Tucker R. – New York : Norton, 1973.
19. Tucker R. A Stalin biographer's memoir / R. Tucker // Introspection in biography: The biographer's quest for self-awareness ; in S. H. Baron & C. Pletsch. – Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1985. – P. 249-271.
20. Westkott M. The feminist legacy of Karen Horney / Westkott M. – New Haven, CT : Yale University Press, 1986.
21. Westkott M. Female relationality and the idealized self / M. Westkott // American Journal of Psychoanalysis. – 1989. – № 49. – P. 239–250.
22. Zabriskie C. A psychological analysis of biblical interpretation pertaining to women / C. Zabriskie // Journal of Psychology and Theology. – 1976. – 4. – P. 304–312.



**Еріх Фромм**  
**Erich Fromm**

**(1900-1980)**

Е. Фромм є одним із найяскравіших представників неофрейдизму, автором концепції гуманістичного психоаналізу, філософ, психолог і соціолог. Отримав філософську освіту в Гейдельберзькому і Мюнхенському університетах (Німеччина), спеціалізація соціальна психологія. Після закінчення Берлінського психоаналітичного інституту з 1925 р. працював психоаналітиком. У 1930 р. у

Франкфурті створив південно-німецький інститут психоаналізу, проте незабаром, у зв'язку із загрозою фашизму, переїхав до м. Женеви, де працював у новоствореному Міжнародному інституті соціальних досліджень. Після 1933 р. емігрував до США, зайнявся приватною практикою у м. Нью-Йорк. З 1941 р. Е. Фромм був членом Асоціації з розповсюдження психоаналізу (APP). В 1946 р. разом із Г. С. Саллівеном, К. Томпсон та іншими організував Інститут психіатрії, психоаналізу і психології Уільяма Алансона, де одночасно очолив факультет і комісію з навчальної роботи. Свої основні ідеї він висловив у роботах: “Людина сама для себе” (1947), “Здорове суспільство” (1955), “Сучасна людина і її майбутнє: соціально-психологічне дослідження” (1960), “Мистецтво любові” (1962), “Серце людини” (1964), “Анатомія людської деструктивності” (1973) та ін. Е. Фромм помер у 1980 р. у Швейцарії, не доживши п'ять днів до свого вісімдесятиліття.

## РОЗДІЛ 6. ГУМАНІСТИЧНИЙ ПСИХОАНАЛІЗ Е. ФРОММА

### 6.1. Суть гуманістичного психоаналізу Е. Фромма

Досліджуючи природу і суспільну суть людини, характер хвороби сучасного капіталістичного суспільства, ідеал здорового суспільства і справжнього людського життя, поєднуючи різні вчення про людину, головним чином психоаналіз, екзистенціалізм і філософську антропологію, Е. Фромм прагнув створити діалектично і гуманістично-орієнтований психоаналіз, який би синтезував марксистські і психоаналітичні теорії особистості, суспільства і культури [2].

В основі гуманістичного психоаналізу Е. Фромма лежить ідея про суспільну обумовленість психіки, про розуміння людини в контексті соціальних умов її існування. Мета даного виду психоаналізу – пізнання людиною своєї внутрішньої природи, сприяння розкриттю потреб, сенсу життя та ціннісних аспектів людського буття [2].

Не дивлячись на те, що Е. Фромм навчався в епоху панування ортодоксального психоаналізу, йому швидко набридла стандартна техніка психоаналізу З. Фрейда: “З часом я зрозумів, що моя незадоволеність виникає через те, що я не маю справи з життям моїх пацієнтів, не беру участі у ньому” [4; 19, с. 106]. Цим було обумовлене створення Е. Фроммом власної системи психотерапії, якій він дав назву **гуманістичний психоаналіз** (humanistic psychoanalysis), оскільки автора більше цікавили міжособистісні аспекти терапевтичних сеансів. Він вважав, що метою терапії є самопізнання клієнта, оскільки без знання самої себе люди не здатна пізнати іншу людину або предмет [2].

Наукові розробки Е. Фромма являють собою переважно теоретичний інтерес, оскільки дозволяють прослідкувати розвиток психодинамічного напрямку, а також еволюцію психотерапії від особистісної терапії до соціальної. Е. Фромму належить визначення ряду понять, які вплинули на розвиток уявлень про сучасне суспільство і на формування ідеї щодо необхідності психотерапії не для окремої особистості, а суспільства в цілому [1, с. 53].

У пошуку нових духовних орієнтацій людини Е. Фромм звернувся до філософії любові, яка допомагає усунути відмежування однієї людини від іншої, відновити гармонію між людиною і суспільством. Любов, на думку автора, дає єдиновірну і задовільну відповідь на проблему людського існування і являється вищою гуманістичною цінністю [1, с. 56].

У концепції сутності людини Е. Фромма центральною проблемою постає суперечність, внутрішньо притаманна для людського буття, між необхідністю існування індивідуума у природі і у світі не за своєю волею і тим, що людина виходить за межі природи завдяки “здатності усвідомлення себе, інших, минулого і сьогодення”. Історичний процес розвитку цивілізації передбачає формування двох основних тенденцій людини – **прагнення до свободи і відчуження**. На думку Е. Фромма, свобода людини об’єднує негативну свободу “від” і позитивну свободу “для”. Розвиток людства йде шляхом збільшення свободи “від”, що призводить до відчуження, яке стає всеосяжним чинником людського існування, в результаті чого людство втрачає своє самозвеличення, знаходить свободу, але позбавляється соціальної захищеності. Так виникає механізм втечі від свободи [2].

Автор концепції виділив три несвідомі психологічні механізми, регулюючих відносини людини і суспільства:

1) мазохистська і садистична тенденції, домінування яких передбачає формування авторитарного характеру, що проявляється в позиції: життя визначається силами, що знаходяться поза людиною;

2) деструктивізм – прагнення людини зруйнувати світ, щоб він не зруйнував її саму;

3) автоматичний конформізм, який полягає в ідентифікації потреб, норм індивідуума з соціально схвалюваними цінностями. У результаті суперечності між Я і світом зникають страх самотності і безсилля. Проте ціна, яку платить за це людина, велика – це втрата самої себе [2].

Людині, яка відірвана від природи і позбавлена природних зв’язків, загрожує самотність, тому вона прагне відновити єдність зі світом. Але в сучасному технократичному суспільстві переважають непродуктивні, несправжні форми міжособистісних комунікацій. Одна з них отримала назву “симбіотичні відношення”. Уникнути самотності людина може за допомогою підпорядкування себе групі, або іншій людині. Індивідуум ідентифікує себе з цілим, з тією силою,

якій він підпорядкований. У протилежному випадку він долає самотність шляхом панування, прагне до об'єднання зі світом через завоювання влади, роблячи іншим частиною самого себе. Проте в обох випадках втрачається свобода і порушується цілісність людської особистості. Цим позиціям Е. Фромм протиставив любов як “продуктивну орієнтацію”, коли людина з'єднується з самою собою, іншими людьми завдяки активності і творчості [2].

Автор виділяє деякі, загальні для всіх людей, потреби, такі як голод, спрага, секс, проте він також виділяє і такі потреби, які створюють відмінності в людському характері – любов і ненависть, бажання влади і прагнення підкорятися, насолода від тілесних втіх та страх перед ними – все це Е. Фромм вважав продуктами соціального процесу. Найпрекрасніші і найпотворніші особливості людини не є компонентами фіксованої і біологічно заданої людської природи, а є результатами соціального процесу, який створює людей [2].

Метою психотерапії Е. Фромма є встановлення довірливих і щирих взаємин з клієнтами з метою відновлення їх втраченої єдності зі світом. Е. Фромм вважав, що терапія повинна будуватися на міжособистісних взаєминах психотерапевта і клієнта. Терапевт повинен відноситися до клієнта як людина до людини, з найбільшою увагою та щирістю [18, с. 184]. У результаті такого ставлення клієнт відчуває, що він спілкується з людиною, а не проходить курс лікування. Не дивлячись на те, що в середині цих відносин може мати місце ефект перенесення (трансфер) і навіть контрперенесення (контртрансфер), важливим є інше – те, що дві людини залучені до процесу спілкування одна з одною [4].

Намагаючись краще пізнати клієнтів, Е. Фромм часто розпитував їх про зміст снів і викликані ними асоціації. Він вважав, що сні, так само як міфи і казки, виражаються за допомогою мови символів – єдиною мовою, яка може бути зрозуміла для всіх людей, без виключення [15]. Проте, на думку Е. Фромма, символіка снів не є універсальною. Деякі сні мають випадковий характер і залежать від настрою, в якому людина заснула; інші сні можуть бути пов'язані з етнічними і культурними стереотипами, треті можуть навіть залежати від клімату, в якому живе людина. Символ, як такий, багатозначний. Наприклад, побачений уві сні вогонь може означати для одних людей тепло і будинок, а для інших – смерть та руйнування. Так само і сонце: для людей, що живуть у дуже спекотному кліматі може

символізувати загрозу, тоді як для тих, хто проживає в холодному кліматі – життя [4].

Е. Фромм був переконаний: для того, щоб зрозуміти клієнта, психотерапевт не повинен дуже заглиблюватися у науку. Людину можна по-справжньому зрозуміти лише за умови гуманістичного ставлення до неї і прояву щирого інтересу до її життєвих проблем. Клієнт повинен розглядатися не як носій хвороби і не як річ, а як “жива” людина, з такими ж потребами, як і у психотерапевта [4].

У вченнях Е. Фромма особистість трактується як сума вроджених і набутих психічних властивостей, які характеризують індивіда і визначають його унікальність. У свою чергу Е. Фромм інтерпретує характер як основну набуту властивість, як відносно постійну сукупність усіх прагнень індивіда, що є не інстинктивною за своєю природою, і за її допомогою людина співвідносить себе з культурним і природним середовищем. Е. Фромм був переконаний в тому, що характер заповнює недолік інстинктів, оскільки може не усвідомлюватися своїм носієм. За Е. Фроммом люди взаємодіють з навколишнім світом, в основному, за двома напрямками: через асиміляцію – надбання та використання речей (непродуктивний шлях) і через соціалізацію – пізнання себе та інших (продуктивний шлях). Серед непродуктивних орієнтацій Е. Фромм виділяє чотири типи: рецептивний, експлуативний, накопичувальний, ринковий.

**Рецептивний тип** припускає, що джерело благ знаходиться десь поза особистістю, внаслідок чого контакт зі світом зводиться до пасивних спроб оволодіти людьми і речами. Така людина не налаштована на те, щоб віддавати себе та своє матеріальне та духовне майно комусь, але постійно шукає можливість його поповнення за рахунок інших, оскільки її самооцінка завжди занижена [4].

**Експлуативний тип** відрізняється від попереднього наявністю агресії стосовно людей і речей. Така людина прагне сама володіти тим, що являє для неї інтерес. Експлуататор може зацікавитися заміжною жінкою не тому, що дійсно кохає її, а тому що прагне до переваги над її чоловіком. В інтелектуальному відношенні експлуататор більш схильний до запозичення і плагіату, ніж до продукування оригінальних ідей [4].

**Накопичувальний тип** виражається у прагненні за будь-яких умов зберігати те, що вже є. Така людина накопичує все – гроші, речі, відчуття, думки – для себе одного, аніскільки не намагаючись змінити або відновити їх. У любові вона прагне неподільно володіти

своїм партнером, після чого уникає розвитку стосунків, намагаючись застрахувати їх від будь-яких змін. Е. Фромм вважав подібну стратегію поведінки результатом потягу до смерті, тим самим заглиблюючи і розширюючи інтерпретацію сексопатології З. Фрейда [4].

**Ринковий тип** є продуктом сучасної концепції ринку, де торгівля перестає бути приватною справою і починає реалізовуватися гігантськими корпораціями. Для ринкової особистості, на думку Е. Фромма, увесь світ перетворений на предмет купівлі-продажу – не лише речі, але і сама людина, її фізична сила, спритність, знання, уміння, навички, думки, відчуття і навіть усмішка. Девізом даного типу є вислів: “Я існую настільки, наскільки ви хочете мною володіти” [4].

На протигагу різноманіттю непродуктивних стратегій, Е. Фромм висовує лише одну продуктивну, таку, що має три виміри. Умовно цю стратегію можна позначити як “**адекватну самореалізацію**”. У термінах Е. Фромма абстрактне поняття продуктивної орієнтації втілюється в трьох конкретних іпостасях: праця, любов, думка. З продуктивним типом характеру пов’язане також поняття **біофілії** – любові до життя і особливого роду етики, яка має власні критерії добра і зла. **Добро** – це все те, що допомагає життю; **зло** – все те, що допомагає, слугує смерті. **Поклоніння життю** – пошана до всього того, що сприяє зростанню і розвитку. **Зло** – це те, що душить життя, звужує, затискає (і врешті-решт роздирає на шматки) [4].

За Е. Фроммом процес розвитку особистості пов’язаний із задоволенням базових екзистенційних потреб. Першою екзистенційною потребою людини є **потреба у встановленні зв’язків**, прагнення до об’єднання з іншими людьми. Е. Фромм визначає три основні напрямки, за допомогою яких людина може взаємодіяти зі світом: підпорядкування, влада і любов [4]. Підпорядкування і влада – це непродуктивні стратегії, які не забезпечують нормальний здоровий розвиток особистості. Покірні люди шукають стосунків з владними людьми, а владні – з покірними: коли покірна і владна людина знаходять одна одну, вони часто вступають у союзні відносини, що задовольняють їх обох. Хоча такий союз і може приносити партнерам радість, він так чи інакше перешкоджає руху до цілісності і психологічного здоров’я особистості [4; 17, с. 2]. У глибині такого союзу лежить несвідоме



відчуття ворожості, що змушує людину, яка живе у союзі, звинувачувати свого партнера у тому, що той не може повністю задовольнити його потреби. У результаті цього вони шукають нового підпорядкування або нової влади, і стають більш залежними від своїх партнерів і менш вільними [4]. Єдиною продуктивною стратегією встановлення зв'язку є любов [17, с. 3]. Не дивлячись на те, що любов передбачає безпосередню участь у житті іншої людини та спільність з нею, любов, в той же час, дає людині свободу бути унікальною, самостійною і дозволяє їй задовольнити потребу у встановленні зв'язків, не порушуючи свою цілісність і незалежність. У любові двоє стають єдиним цілими, хоча при цьому кожен залишається самим собою [4].

**Потреба у подоланні себе** визначається як бажання піднятися над пасивним і випадковим існуванням у царство цілеспрямованості і свободи. Потребу у подоланні себе можна задовольнити як позитивно (шляхом творіння життя), так і негативно (шляхом руйнування життя). Творити – означає бути діяльним і дбайливим по відношенню до того, що створене людством. Руйнування ж перетворює іншого на жертву [4]. Потреба у подоланні обмеженості свого існування, бажання перетворитися з тварини в творця має й іншу назву – **потреба у трансценденції**. У конструктивному варіанті ця потреба задовольняється в різноманітних творчих актах. Деструктивним варіантом задоволення потреби у трансценденції є прагнення до руйнування. Коли людина не здатна творити – вона руйнує. Згідно з Е. Фроммом, задоволення потреби у творінні призводить до щастя, незадоволення – до страждання й руйнування де більш за всіх при цьому страждає сам руйнівник [1, с. 54].

**Потреба в укоріненні і братерстві** розглядається Е. Фроммом у контексті філогенезу, тобто розвитку конкретного представника людства як виду. Вчений вважав, що саме мати надає своїм дітям відчуття укоріненості, спонукає їх або до розвитку особистої індивідуальності, або до фіксації, яка гальмує психологічне зростання. Потреба в укоріненості може задовольнятися за допомогою продуктивної і непродуктивної стратегій. Продуктивна стратегія припускає, що, відірвавшись від материнських грудей, людина народжується по-справжньому: активно і творчо взаємодіє зі світом, пристосовується до нього і досягає цілісності. Цей новий зв'язок з реальністю забезпечує безпеку і відновлює відчуття приналежності до світу і укоріненості в ньому. Непродуктивна

стратегія – фіксація, означає наполегливе небажання індивіда рухатися за межі безпечного світу, який спочатку був окреслений мамою: такі люди бояться піднятися на наступний ступінь розвитку, відірватися від материнських грудей, пристрасно бажають, щоб їх опікали, по-материнськи пестили і захищали від несприятливих дій навколишнього світу [4; 75].

**Потребу в тотожності** ще називають потребою в самовизначенні або у персоналізації. У людини існує потреба усвідомлювати своє Я через подібність і відмінність з іншими. Коли людина використовує формули типу Я – українець, Я – християнин, Я – бізнесмен, то вона знаходить відчуття тотожності. Проте часто таке відчуття тотожності переходить у стадний конформізм, коли людина підкоряється натовпу і говорить: “Я такий, як вам потрібно” [1, с. 55].

**Самоідентичність** є екзистенційною потребою в усвідомленні себе окремою сутністю, або в самоототожненні. Коли людина відірвана від природи, то вона змушена самотійно формувати концепцію свого Я, виховувати у собі здатність відповідально заявити: “Я – це я, або Я відповідаю за свої дії”. Для більшості людей самоідентичність означає прихильність до інших або відданість різним інститутам – нації, релігії, професії, соціальній групі. Психологічно здорові люди мають меншу потребу відповідати вимогам натовпу і відмовлятися від відчуття свого Я. Їм не потрібно обмежувати свою свободу і прояви власної індивідуальності, щоб існувати у людському суспільстві, оскільки сильною стороною їх самоідентичності є її достовірність [4].

**Потреба у системі цінностей** допомагає особистості орієнтуватися у світі, діяти цілеспрямовано і послідовно. Система цінностей дозволяє індивідууму організовувати величезну кількість стимулів і подразників, які супроводжують його протягом усього життя [4; 15]. Кожна людина має власну філософію (внутрішньо узгоджену систему поглядів на світ) і сприймає її як життєву основу. Якщо будь-які явища і події не вписуються в рамки цієї системи, то вони трактуються людиною як ненормальні, безрозсудні. Якщо ж, навпаки, явища і події вписуються, то це розглядається як прояв здорового глузду. Щоб зберегти свою систему цінностей, людина здатна зробити практично будь-які кроки, аж до найрадикальніших – наприклад, вибрати шлях ірраціонального авторитаризму [4].

Гуманістичний психоаналіз Е.Фромма можна розглядати як спробу соціологізації біологізаторської за своєю суттю фрейдистської

концепції особистості. Е. Фромм як і інші неофрейдисти надавали особливого значення таким фундаментальним проблемам як – внутрішній структурі особистості, місцю “Я” в ній, механізмам формування та функціонування особистості, ролі свідомого й несвідомого, регуляції поведінки та діяльності, механізмам психологічного захисту особистості тощо. Загалом, завдяки фрейдизму та неофрейдизму, психологічна наука збагатилася багатьма ідеями, які не втрачають свого значення й досі [3].

## 6.2. Генеза неврозу

З точки зору Е. Фромма, неврози – це симптоми моральної поразки людини в її життєдіяльності, у тому числі в боротьбі за свободу. Е. Фромм стверджує про те, що право висловлювати власні думки має сенс лише у тих випадках коли ми здатні мати власні думки. Свобода від зовнішньої влади дає надбання лише у тому випадку, коли внутрішні психологічні умови дозволяють ствердити свою індивідуальність. Подавлення спонтанних почуттів починається у ранньому дитинстві. Відбувається це у процесі виховання, основна задача якого – ліквідувати антагоністичну реакцію дітей у результаті конфліктів із зовнішнім світом. Це у свою чергу обмежує її експансивність, так як їм – на слабкій стороні – необхідно підкорятися. Методи виховання можуть бути різними: від погроз до підкупу, що бентежить дітей і змушує відмовитися від ворожості. При цьому сама дитина відмовляється від вираження своїх почуттів, а в кінці кінців і від самих почуттів. Окрім того дитина вчиться подавляти усвідомлення ворожості і нещирості інших людей. Крім цього дитину вчать проявляти почуття, які їй не належать: любити людей, бути некритично дружелюбним, посміхатися і т.д. Те, що встигають “запрограмувати” батьки в дитячому віці, дозавершує соціальний процес. Що є самим страшним, на думку Е. Фромма, то це те, що у більшості випадків людина перестає усвідомлювати, що подібна показна дружелюбність – всього лише жест, разом з тим, відбувається втрата здатності відрізняти псевдопочуття від спонтанного дружелюбства.

Невроз можна розуміти як невдалу спробу вирішення конфлікту між неподоланною внутрішньою залежністю і прагненням до свободи. Невроз також можна розуміти як конфлікт який має

моральну основу. У багатьох випадках невротичні симптоми є суттю конкретно вираженого морального конфлікту. Це означає, що успішність терапевтичних зусиль, за Е. Фроммом залежить в першу чергу від розуміння терапевтом моральної проблеми людини. Тобто, неврози – це вираження моральних проблем, а невротичні симптоми – наслідок невирішених моральних конфліктів [15, с. 225].

Основна моральна проблема сучасності, як це уявлялося Е. Фромму, – це байдужість людини до самої себе, в незнанні правди про самого себе, у відсутності орієнтацій у світі, в нерозумінні моральних проблем, у прийнятті любові як сліпої пристрасті (яка веде до безумних вчинків), а не як творчої діяльності.

Е. Фромм прийшов до висновку, що сучасна суспільна система не сприяє розвитку повноцінної особистості, яка б реалізувала себе в любові і творчості. Це відбувається тому, що суспільній системі потрібні “гвинтики”, а не гармонійно розвинені люди. Наслідком такої ситуації є те, що люди втікають від свободи, прагнуть “володіти” замість того, щоб “бути”. “Бути” означає мати можливість використовувати всі свої здібності, таланти якими володіє кожна людина. Це означає долати вузькі рамки свого власного Я, розвивати і оновлювати себе, і при цьому проявляти інтерес і любов до інших. Це також означає мати бажання не брати, а давати. Невроз означає боротьбу між авторитарною совістю (голос зовнішнього авторитета батьків, держави, що є аналогом Фрейдівського Супер-Его) і гуманістичною совістю (неінтеріоризованим (засвоєння зовнішньої соціальної діяльності, досвіду) голосом авторитету, а власним голосом людини який не залежить від зовнішніх санкцій і стимулів, виражає особистісний інтерес і цілісність, вимагає бути тим, ким потенційно являється). За Е. Фроммом невроз означає протистояння між некрофілією (любов до мертвого) і біофілією (любов до життя і живого). Відповідно до цього протистояння Е. Фромм виділяє різні форми агресії: доброякісну, тобто біологічно адаптивну, яка слугує справі життя і злоякісну, історично набуту, пов’язану із жорстокістю і агресивністю, бажанням мучити і вбивати. Гуманістичний психоаналіз Е. Фромма розглядає Едіпів комплекс не як символ інцестуозної любові між матір’ю і сином, а як реакцію дитини на тиск батьківського авторитету, який є невід’ємною частиною патріархальної організації суспільства [15, с. 178].

За Е. Фроммом усвідомлення екзистенційної дихотомії дозволяє людині відчувати відносний внутрішній спокій. Невротична

особистість боїться не реалізувати все те, що вона може зробити (страх смерті), це паралізує її активність і заставляє її нервувати і розчаровуватися. Насправді це є страх перед небуттям, тобто перед відсутністю життя. Зрозумівши і відчувши відкрити Е. Фроммом дихотомію людина може сказати собі: “Не потрібно боятися, що завтра життя закінчиться, потрібно зараз робити те, що ви повинні робити”. Якщо чогось зробити неможливо, або є обмеження у часі, важливо це прийняти, так як все одно усе не зробиш. Важливо робити все зараз і не боятися, тому що страх смерті лише паралізує людину.

Приймаючи відкрити Е. Фроммом дихотомію як частину своєї свідомості, частину свого світогляду, людина перестає боятися смерті не як болі, не як відсутності життя, а як загрозу зі сторони якогось механізму, перед яким людина не владна і який не дає людині можливості себе повністю реалізувати. Якщо людина перестає боятися – значить вона почала себе реалізовувати. Коли мова йде про повну самореалізацію, то мається на увазі повна реалізація людини себе як особистості, тобто втілення у життя таких потенцій, закладених в людині, які роблять людину суспільно цінною. Тобто, реалізація потенцій веде в кінцевому результаті до прогресу людства. Невротична особистість самореалізовується у тому, що намагається себе возвеличити, виграти у когось, звабити когось, завоювати, підкорити, що не є “здоровою” самореалізацією. Навпаки, з точки зору Е. Фромма, така “самореалізація” є проявом непродуктивного “соціального характеру” – і, відповідно, не є самореалізацією, а всього лише – варіантом втілення у життя нав’язаних ззовні моделей поведінки.

Генезу неврозу Е. Фромм на відміну від З. Фрейда вбачав не лише в біологічному факторі, а вважав джерелом людських пристрастей, мотивів, історично обмовлені фактори не зменшуючи при цьому роль біологічних факторів. Е. Фромм відмовився від установки З. Фрейда ніби проблема людини може бути правильно сформульована термінами протистояння біологічних і культурних факторів. Різниця між біологічним підходом до людини З. Фрейда і соціальним мисленням Е. Фромма заключається в тому, що З. Фрейд розумів роль несвідомої психосексуальної енергії в житті людини і підкреслював її вплив на всі сфери людської діяльності – собі сексуальність не призводить до закріплення відповідних установок в особистості людини. Значення фантазій – не в насолоді, а в тому що вони виражають специфічне ставлення до світу. З. Фрейд виходив з

глибокого переконання про порочність людської природи. Е. Фромм заперечував таке твердження. Творець психоаналізу обмежено розумів секс, а тим більше ніжність та любов. Е. Фромм, на відміну від З. Фрейда, показав що економічні, психологічні та ідеологічні фактори знаходяться у складній взаємодії. Вони на являються простим “рефлексом” сексуальності. Людина реагує на зміни зовнішнього середовища тим, що змінюється сама. Психологічні фактори людського суспільства, у свою чергу, сприяють подальшому розвитку економічно соціального прогресу.

За Е. Фроммом невротиком не обов’язково є та людина яка погано пристосовується до соціальної структури. Індивід який гарно пристосовується зовсім не відноситься до високого розряду за шкалою людських цінностей, тому що, як вважав Е. Фромм, гарна пристосованість часто досягається шляхом відмови від власної індивідуальності. Саме в цьому випадку іноді невротика можна охарактеризувати як людину, яка не здалася у боротьбі за власну “незамінність”. Його ж бажання спасти індивідуальність стимулює шукати задоволення у фантазіях і фантомах, замість творчого розвитку особистості.

Отже, генезу неврозу людини Е. Фромм вбачає в протистоянні виборів між свободою і безпекою. У пошуках безпеки невротик добровільно жертвує свободою, не хоче брати на себе відповідальності і іде в так зване рабство. У своїй праці “Втеча від свободи” Е. Фромм описав механізми такої втечі.

1. Авторитаризм – тенденція відмовлятися від незалежності власної особистості, злити власне “Я” з будь-ким чи з будь-чим зовнішнім для набуття сили, якої не вистачає самому індивіду. Авторитаризм проявляється у підпорядкуванні і пануванні, в мазохистських і садистських тенденціях: почуття неповноцінності, бажання набути владу над людьми, експлуатувати їх і заставляти страждати.

2. Руйнування – спроба подолати почуття неповноцінності, знищуючи чи підкоряючи інших, засіб позбавлення від нестерпного почуття безсилля. Деструктивність націлена на усунення всіх об’єктів, із якими індивід змушений себе порівнювати, є реакцією на тривогу яка викликається будь-якою загрозою життєвим інтересам, подоланням скованості та ізольованості.

3. Автоматизуючий конформізм – прагнення перестати бути собою. Людина повністю засвоює тип особистості пропонований їй

загально прийнятим шаблоном, і стає такою якою її хочуть бачити інші. Зникає різниця між власним “Я” і оточуючим світом, а разом з тим і усвідомлюваний страх перед самотністю і безсиллям.

На противагу механізму “втечі від свободи” існує досвід позитивної свободи, завдяки якій можна позбавитися від почуття самотності і відчуження, бути автономним і унікальним, не втрачаючи відчуття єдності з іншими людьми. Однією із головних умов такого існування Е. Фромм розглядав любов, яку він трактував у широкому розумінні, як мистецтво, рівнозначне мистецтву жити.

### **6.3. Техніки гуманістичного психоаналізу**

Гуманістичний психоаналіз Е. Фромма звертає увагу на те, як соціокультурні впливи взаємодіють із унікальними людськими потребами у процесі формування особистості. Провідний тезис Е. Фромма полягає у тому, що структура характеру (тип особистості) пов’язана із певними соціальними структурами. Дотримуючись гуманістичних традицій, Е. Фромм стверджував, що у результаті соціальних та економічних змін можна створити суспільство, у якому б задовольнялися як індивідуальні так і суспільні потреби [14, с. 254].

Нажаль, більшість теоретичних переконань Е. Фромма, особливо його теорія розвитку характеру, були сформульовані настільки глибоко, що вони стали важкодоступними для емпіричного дослідження. Вивчення клінічних випадків і спостереження за іншими культурами являють собою чи не єдине джерело підтвердження концепції Е. Фромма. Тим не менше, книги Е. Фромма не втратили свою популярність як у професійному середовищі, так і серед простих читачів по всьому світі [14, с. 254].

Ціллю фроммівської психотерапії є встановлення довірливих та щирих стосунків з клієнтами з метою відновлення їх втраченого єднання зі світом. Не дивлячись на те, що Е. Фромм навчався в епоху панування ортодоксального психоаналізу, йому швидко набридла стандартна фрейдівська техніка. Тому Е. Фромм ввів власну систему психотерапії, яку назвав гуманістичний психоаналіз, у якій його найбільше цікавили міжособистісні аспекти терапевтичних сеансів [4].

У цілому психотерапія за Е. Фроммом будувалася на міжособистісних стосунках психотерапевта і клієнта. Терапевт, який

працює в руслі гуманістичного психоаналізу, повинен відноситися до пацієнта “як людина до людини, з особливою увагою та щирістю” [17, с. 184]. У результаті такого ставлення клієнт відчуває, що він спілкується з людиною, а не проходить курс лікування. Не дивлячись на те, що в середині таких стосунків може мати місце ефект переносу чи контрпереносу, важливим є те, що дві людини залучені до процесу спілкування одна з одною [4].

Намагаючись краще пізнати клієнтів Е. Фромм часто розпитував їх про зміст снів і викликані ними асоціації. Він вважав, що сни, як міфи і казки, виражаються мовою символів – єдиній зрозумілій для всіх людей мові. Проте, за Е. Фроммом, символіка снів не є універсальною. Деякі сни мають випадковий характер і залежать від настрою, з яким людина лягла спати; інші сни можуть бути пов’язані з етнічними і культурними стереотипами; треті можуть залежати від клімату, у якому проживає людина. Символ, як такий, є багатозначним [4].

Е. Фромм був переконаний у тому, що для того, щоб зрозуміти клієнта, психотерапевт не повинен сильно заглиблюватися у науку. Людину можна по-справжньому зрозуміти за умови гарного ставлення до неї і прояву щирого інтересу до її життєвих проблем. Клієнт повинен розглядатися не як носій хвороби і не як річ, а як жива людина, із такими самими, як у психотерапевта, потребами [4].

Е. Фромм розробив психотерапевтичну методику гуманістичного психоаналізу, яка покликана гармонізувати взаємовідносини між людиною, природою і суспільством. Техніка його роботи із клієнтом спрямована на вирішення базової проблеми – набуття єдності зі світом і самим собою, на оздоровлення суспільства, що лежить через моральне оновлення, духовне очищення кожної людини. Кроки які необхідно здійснити для стимуляції нового ставлення людини до життя, повинні базуватися, на думку Е. Фромма, на наступних принципах:

1. Людина повинна вийти за межі своєї базової “самотності”, тобто вона повинна подолати замкнутість свого власного Его, самокорисливість і відірваність від близьких їй людей.

2. Людина повинна “стати відкритою” по відношенню до зовнішнього світу, співвіднести себе з ним, стати вразливою і разом з тим переживати ототожнення і цілісність.

3. Людина повинна навчитися більше “бути” ніж “мати і користуватися”. Вона повинна навчитися реалізовувати свої



потенційні можливості у реальному житті і насолоджуватися всім живим, що її оточує.

#### **6.4. Результат психотерапевтичного впливу**

Результатом психотерапевтичного впливу у гуманістичному психоаналізі є розкриття перед людиною правди про неї й активізація її внутрішнього потенціалу для того, щоб вона була сама собою, орієнтувалася у своєму мисленні і поведінці на такі життєві цінності, пріоритетом яких є не мати, володіти (знаннями, речами, владою, іншою людиною і т.д.), а бути продуктивною, добродійною, люблячою, життєрадісною [7].

По завершенню психотерапевтичного процесу ціллю людини стає прагнення до “вищого ступеня буття”, тобто позбавлення від пут, які прив’язують людину до свого “Я”, від егоцентризму, задля досягнення повноти буття. Основною характеристикою буття, за Е. Фроммом, є внутрішня активність, що дозволяє людині продуктивно використовувати усі свої потенції. “Бути” Е. Фромм розуміє як відмову людини від свого егоцентризму і самозакоханості. Розвиток за принципом “бути” характеризується внутрішньою свободою і впевненістю у собі. Таким людям все рівно, що про них думають інші, так як для них головне не демонстрація знань, релігійності, влади чи любови, а відчуття того, що їх люблять, що вони релігійні та освічені. Саме у цьому, на думку Е. Фромма, реалізується індивідуальність людини, її розуміння власної самоцінності. Зазвичай такі люди не прагнуть уникати суспільство та оточення, їм потрібна свобода задля самоствердження, для того, щоб бути самими собою. Прагнучи бути собою, ці люди поважають прагнення інших до буття, саме тому вони терпимі, а не агресивні, так як люди, що живуть за принципом “мати”. Люди, що живуть за принципом “бути” підходять до життя як до творчості, виходять в акті творчості за власні межі як творіння, і полишаючи межі пасивності та випадковості власного буття переходять в область цілеспрямованості та свободи. Саме у людських потребах у трансценденції і творчості бере свій початок любов, мистецтво, релігія, наука та матеріальне виробництво. За баченням Е. Фромма, саме такі люди допоможуть відбутися новій соціальній спільноті.

## Висновки

Теорія, створена Е. Фроммом, привертає увагу психологів у першу чергу тим, що в ній, як ні в жодній іншій, досконало описані соціальні детермінанти людської особистості. Е. Фромм спробував об'єднати у своїх психологічних дослідженнях історію і економіку, зважаючи на класову структуру суспільства, та біологічні чинники у розвитку людини. Його підхід, названий гуманістичним психоаналізом припускає, що основним джерелом страху, тривоги, відчуття самотності та ізоляції є відрив людини від світу природної стихії. Гуманістичний психоаналіз розглядає людину швидше з культурно-історичної, ніж з психологічної точки зору, і більше орієнтований на культуру у цілому, ніж на окрему особистість.

Е. Фромм переглянув ряд положень психоаналізу З. Фрейда, які стосувалися важливих психоаналітичних ідей: розуміння нарцисизму, Едіпового комплексу, агресивності і деструкції, прагнення життя і прагнення смерті. Вчений підтримував гуманістичну концепцію здоров'я, центром якої є людина (психіка розглядається через призму оптимального розвитку особистості). Гуманізація психоаналізу передбачає орієнтацію психоаналітиків у своїй дослідницькій і психотерапевтичній діяльності на гуманістичну концепцію здоров'я. Задачею гуманістичного психоаналізу, за баченням Е. Фромма, є вивчення того, що він назвав "патологією нормальності" (хронічна, слабо виражена шизофренія, продукт стандартизації та відчуженості сучасного суспільства) [7].

Гуманістичний психоаналіз базується на ряді сформульованих Е. Фроммом теоретичних положень: ключова проблематика психіки – особливий зв'язок із зовнішнім світом, а не задоволення чи фрустрація бажань і потреб людини; одна із причин виникнення неврозу бере своє коріння у передедіпальному зв'язку з матір'ю, а не в едіпальному періоді; у сновидіннях відображається не лише найгірше, але й найкраще з того, що є властивим для людини; соціальне витіснення – недопущення свідомістю соціальних протиріч; повне усвідомлення витісненого можливе у тому випадку, коли воно виходить за межі індивідуальної сфери і включає у себе аналіз "соціального несвідомого"; поряд із індивідуальним характером слід враховувати і "соціальний характер", як сукупність рис, характерних для більшості людей даної соціальної групи які виникають у

результаті спільних для людей переживань і спільного зразку життя [7].

Е. Фромм був не лише видатним теоретиком психології, але й публіцистом, психотерапевтом, філософом, знавцем Біблії, культурним антропологом, фахівцем з психобіографії. Саме такий міждисциплінарний підхід дозволив Е. Фромму сформулювати оригінальне положення про людську дилему, засновану на ідеях еволюціонізму. Розглядаючи людську особистість як результат динамічної протидії вроджених потреб і норм соціуму, у якому існує конкретний індивід, Е. Фромм сформулював теорію типів соціальних характерів – продуктивних і непродуктивних. Ще однією із ідей Е. Фромма, яка набула, можливо, найширшого поширення, є розроблена ним концепція ставлення людини до свободи.

### **Питання для самоконтролю**

1. Хто є засновником гуманістичного психоаналізу?
2. Назвіть основні ідеї гуманістичного психоаналізу.
3. Якою є концепція сутності людини у гуманістичному психоаналізі?
4. Опишіть характер взаєностосунків психотерапевта та клієнта у гуманістичному психоаналізі.
5. Розкрийте суть екзистенційних потреб в теорії гуманістичного психоаналізу.
6. Як визначає поняття “любов” Е. Фромм?
7. Опишіть структуру характеру у гуманістичному психоаналізі.
8. Наведіть приклади літературних та телегероїв, які б відповідали типам непродуктивної орієнтації за Е. Фроммом.

### **Література**

1. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.

3. Столяренко О. Б. Психологія особистості : навч. посіб. / Столяренко О. Б. – К. : Центр учбової літератури, 2012. – 280 с.
4. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.
5. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Фромм Э. – М. : АСТ-ЛТД, 1998. – 670 с.
6. Фромм Э. Бегство от свободы / Фромм Э.; общ. ред. П. С. Гуревича ; пер. с англ. Г. Ф. Швейника. – М. : Прогресс, 1990. – 269 с.
7. Фромм Э. Гуманистический психоанализ / Фромм Э. – СПб. : Питер, 2002. – 544 с.
8. Фромм Э. Душа человека / Фромм Э. – М. : АСТ ; Транзиткнига, 2004. – 576 с.
9. Фромм Э. Искусство любви / Фромм Э. – М. : АСТ-ЛТД, 1998. – 670 с.
10. Фромм Э. Искусство любить: исследование природы любви / Фромм Э.; пер. Л. А. Чернышовой. – М. : Педагогика, 1990. – 160 с.
11. Фромм Э. Мужчина и женщина / Фромм Э. – М. : АСТ-ЛТД, 1998. – 518 с. – (Классика зарубежной психологии).
12. Фромм Э. Психоанализ и этика / Фромм Э. – М. : АСТ-ЛТД, 1998. – 566 с. – (Классика зарубежной психологии).
13. Фромм Э. Человек для себя: исследование психологических проблем этики / Фромм Э. – М. : Коллегиум, 1992. – 253 с.
14. Хорни К. Избранные труды: психоанализ и культура / К. Хорни, Э. Фромм. – М. : Юристъ, 1995. – 624 с.
15. Fromm E. The forgotten language / Fromm E. – Gainesville : Grove Press, 1951. – 263 p.
16. Fromm E. The Sane Society / Fromm E. – New York : Holt, Rinehart and Winston, 2010. – 384 p.
17. Fromm E. The dogma of Christ and other essays / Fromm E. – New York: Holt, Rinehart and Winston, 1963. – 212 p.
18. Fromm E. For the Love of Life / Fromm E. – New York: Free Press, 1986. – 152 p.
19. Fromm E. The art of listening / Fromm E. – New York: Continuum, 1994. – 204 p.



**Гаррі Стек Саллівен**  
**Harry Stack Sullivan**

**(1892-1949)**

Г. Саллівен – американський психіатр і психолог, представник неофрейдизму. Народився на фермі, поблизу Нью-Йорка. У 1917 р. закінчив Чикагський коледж медицини і хірургії де отримав ступінь доктора медицини.

На початку своєї професійної діяльності в якості психіатра працював з хворими на шизофренію, пізніше – із невротичними пацієнтами. Г. Саллівен засновник так званої Вашингтонської психіатричної школи. Автор монографії “Концепція сучасної психіатрії” (1947), де

узагальнив свої ідеї про взаємозв’язок міжперсональної поведінки та патології. Після смерті Г. Саллівена його учні та колеги опублікували рукописи та нотатки автора, які за життя не були видані у книзі “Міжособистісна теорія психіатрії” (1953). Пізніше були опубліковані “Психіатричні бесіди” (1954), “Клінічні дослідження у психіатрії” (1956), “Психопатологія особистості” (1972) та ін. Складна мова автора значно відрізняє його роботи від розрахованих на більш широке коло читачів публікації Е. Фромма та К. Хорні. Погляди Г. Саллівена багато в чому визначили формування динамічного напрямку в американській психіатрії.

## РОЗДІЛ 7. ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ Г. САЛЛІВЕНА

### 7.1. Суть теорії міжособистісних відносин

Теоретична і практична діяльність Г. Саллівена пов'язана перш за все із використанням основних, хоча і переосмислених, понять класичного психоаналізу і аналітичної психотерапії. Зміст цих понять у Г. Саллівена має міжособистісний і соціально-орієнтований сенс [3, с. 53].

Розвиток концепції певною мірою визначався конфронтацією з психоаналізом. Хоча інтерперсональна психотерапія Г. Саллівена і відноситься до динамічного напрямку психотерапії, проте у ній помітна поведінкова орієнтація [4].

Г. Саллівен вважав, що особистість є гіпотетичною (з грец. – заснована на гіпотезі) сутністю, “ілюзією”, продуктом взаємодії людини з іншими людьми. Тому потреба в міжособистісних зв'язках є так само базовою, як і всі біологічні потреби. Відповідно до інтерперсональної теорії особистості Г. Саллівена, людину характеризують дві **провідні потреби**, одна з яких має біологічну природу – **потреба в ніжності**, ласці, а друга – **потреба в безпеці** пов'язана із міжособистісними відносинами. Психологічний сенс першої потреби полягає в ослабленні сили фізіологічних потреб (голод, спрага, статевий потяг). Цей рівень функціонування характерний і для тварин. Друга головна потреба має виключно людську природу і спрямована на зниження тривоги і невпевненості. Задоволення цієї потреби помилковими способами (вживання спиртного, наркотиків і т.д.) призводить до психічних захворювань, яких у тварин немає [3, с. 61; 4].

Окремо Г. Саллівен зупинявся на аналізі ролі **тривоги** у житті в цілому і в її дезорганізації (патології) зокрема. Порушення поведінки є реакцією на посилення тривоги. Способи послаблення тривоги закріплюються у досвіді. Одним із шляхів, яким користується індивід щоб позбутися тривоги, є механізм вибіркової уваги. Цей механізм допомагає відділити ту інформацію, яка несе у собі тривогу для людини. Самим найважливішим періодом в цьому плані є дитинство [3, с. 62; 4].

Причиною, яка зумовлює в дитинстві формування найбільшої кількості перекручених форм поведінки є неповноцінний досвід (прототаксичний, паратаксичний, синтаксичний). **Прототаксичний** (поверхневий) досвід проживається на цьому етапі розвитку у вигляді моментальних станів, причому відсутнє розуміння зв'язку між минулим, сьогоднішнім та майбутнім. За допомогою такого досвіду оточення ототожнюється з власними емоціями дитини. Наприклад, материнські груди сприймаються по-різному. Якщо молоко йде легко і в достатній кількості, що в свою чергу викликає задоволення біологічної потреби, то самі груди закріплюються у свідомості дитини як щось добре. Якщо ж молока мало, то груди закріплюються в свідомості як щось погане [4]. Такий спосіб переживання за Г. Саллівеном притаманний новонародженій дитині у перші місяці життя і є базисом для формування двох наступних [2].

**Паратаксичний** (з грец. – вибудовування поряд) досвід характеризується тим, що індивід усвідомлює певні зв'язки між явищами, але ці зв'язки можуть носити поверхневий, випадковий і зовнішній характер, наприклад, при збігу подій у часі. Паратаксичний період розвитку має важливе значення у виникненні патології, і спотворення понять і досвіду, що є подібним з фрейдівським розумінням перенесення (відбувається те, що генералізує негативний досвід в міжособистісних відносинах, головним чином з раннього дитинства і до стосунків з психотерапевтом) [4].

**Синтаксичний** досвід базується на визнаних формах символічної діяльності, особливо вербальної. Синтаксичний досвід встановлює логічний порядок між переживаннями і надає людям можливість спілкуватися між собою [2].

У процесі психотерапії, за Г. Саллівеном, можуть виникати трансферентні реакції – паратаксичні викривлення, які охоплюють всю область міжособистісних відносин, а не лише взаємостосунки “психотерапевт-клієнт”. Паратаксичні викривлення виникають внаслідок простого перенесення та спотворення міжособистісної реальності. У даному феномені Г. Саллівен зауважив два моменти: людина спілкується з іншою людиною керуючись образом (продуктом власної фантазії), а не реально існуючими властивостями [2]. Паратаксичні викривлення коригуються за допомогою аналізу взаємовідносин клієнта в дитинстві, і одночасно в міжособистісних стосунках із психотерапевтом. Хворий вчиться отримувати задоволення від спілкування з людьми, позбавляється тривоги,

набуває відчуття безпеки, налагоджує адекватні відносини з собою і оточуючими людьми. При цьому особистість перебудовується, клієнт починає явно бачити шляхи виходу із ситуацій, що раніше уявлялися як такі, що неможливо вирішити [4].

Суть інтерперсональної психотерапії Г. Саллівена полягає у визнанні важливості міжособистісної взаємодії, як основи формування норми і патології. Міжособистісна теорія Г. Саллівена підкреслює важливість різних етапів розвитку в житті людини: період новонародженого, дитинства, ювенільної ери, перед'юності, ранньої юності, пізньої юності і зрілості [7]. В основі здорового психічного розвитку людини лежить здатність встановлювати близькі стосунки з іншими людьми. Перешкодою задовільним міжособистісним відносинам може служити тривога. На думку Г. Саллівена, найбільш критичним періодом розвитку людини є підліткових період – час, коли діти вперше набувають здатності встановлювати близькі стосунки з іншими людьми, але ще не досягнули того віку, коли ці відносини ускладнюються сексуальним інтересом. Г. Саллівен вважав, що показником здорового розвитку слугує здатність людини відчувати дружні почуття і сексуальний інтерес до однієї і тієї ж особи [7].

Дитина задля уникнення тривоги (актуальної чи потенційної) і задоволення потреби змушена розвивати і посилювати риси характеру, спосіб поведінки, навички і механізми захисту. Ці міри безпеки формують “**Я-систему**”, яка санкціонує одні форми поведінки (“Я–хороша”) і забороняє інші (“Я–погана”). З такої концепції “Я-системи” виникає схильність до спотвореного сприйняття інших людей – їх **персоніфікації**. Це поняття Г. Саллівен трактував, як комплекс почуттів, думок, уявлень, ставлень, які виникають на основі досвіду, пов'язаного із задоволенням потреб або тривоги. Будь-який досвід міжособистісних стосунків, який базується на задоволенні потреб і зниженні тривоги, формує позитивну персоніфікацію [2]. Прикладами персоніфікації можуть служити Бабай, Дід Мороз, Добра або Зла Феї. Персоніфікуються також соціальні інститути, національні спільноти: дядько Сем, Батьківщина-мати та ін. [3, с. 62]. Накладання кількох персоніфікацій утворює **комплексну персоніфікацію**. Персоніфікація проявів “Я-системи” утворює **самоперсоніфікацію**. Спільні персоніфікації для безлічі людей Г. Саллівен назвав **стереотипами**. Персоніфікації, які виникають у певній, визначеній ситуації міжособистісної взаємодії, у



подальшому можуть закріплюватися і впливати на людські взаєностосунки [2].

Основними поняттями в теорії Г. Саллівена є **напруга** і **трансформація енергії**, причому дані терміни слід розуміти на чисто фізичному рівні. Г. Саллівен уявляв людську особистість як когнітивну систему, енергія якої може існувати або у вигляді напруги (потенційних можливостей дій), або у вигляді безпосередніх дій (трансформацій енергії). Напруга, залежно від походження, підрозділяється на узгоджуючу (потреби) і неузгоджуючу (тривога) [7].

Трансформації енергії впорядковуються і перетворюються на конкретні зразки поведінки, що характеризують людину протягом усього її життя – **динамізм**, який Г. Саллівен ділить на два основні класи. Перший – зональний, пов'язаний зі специфічними ділянками тіла, включаючи рот, анус і геніталії (фізична активність – їжа, пиття, виділення і т.д.); а другий – міжособистісний (від ставлення до себе до ставлення до інших – групи, соціального класу, нації) відноситься до напруги і складається з трьох категорій: що не узгоджують, ізолюють і узгоджують [7]. Неузгоджуючі динамізми включають всі деструктивні зразки поведінки, пов'язані з озлобленістю. Ізолюючі динамізми включають зразки поведінки, які не пов'язані з міжособистісними відносинами, наприклад сексуальний потяг. Узгоджуючі динамізми – це корисні зразки поведінки, такі, як близькість і Я-система [1; 3, с.61; 7].

На основі власного клінічного досвіду Г. Саллівен прийшов до висновку, що всі психічні розлади мають міжособистісну природу і можуть бути зрозумілими лише у контексті соціального середовища. Разом з тим, Г. Саллівен притримувався думки про те, що будь-які відхилення від норми притаманні не лише психічнохворим людям, але й усім представникам людської популяції [7].

Системі особистості Г. Саллівен відводить своєрідну роль. У випадку, коли індивіду не загрожує страх, система особистості відступає на задній план і потреба в задоволенні активізується. Потреба у задоволенні реалізується у вигляді прагнення до злиття, що дозволяє індивіду досягти задовільні для обох сторін стосунки. У цьому випадку активність системи особистості є досить відносною. Лише у ситуації коли страх набуває загрозового характеру, починає безумовно домінувати система особистості, яка контролює свідоме сприйняття певних переживань, регулює стосунки, віддаючи перевагу

тим способам поведінки, які вже зарекомендувала себе “з кращої сторони” та дозволяють мінімізувати страх. Таким чином, система особистості пов’язується з деяким мобілізаційним потенціалом, що реалізовується не у всіх випадках.

Люди із дисоційованою особистістю, за Г. Саллівеном, характеризуються почуттям самотності, панічним страхом, низькою самооцінкою, незадовільними відносинами з людьми і зростаючим рівнем тривоги; намагаються знизити рівень тривоги за допомогою вибудовування ретельно придуманої Я-системи. Ця система допомагає людині “заморожувати” ті переживання, які загрожують її безпеці. Психічно здорові люди, за Г. Саллівеном, відчувають себе у відносній безпеці, тому не потребують захисту власної самооцінки за допомогою дисоціації. Люди із психічними розладами дисоціюють значну частину власних переживань із Я-системи. Якщо в людини дисоційована стратегія стає стійкою, тоді вона (людина) все більше занурюється у власний внутрішній світ. Цей процес супроводжується збільшенням частки паратактичних спотворень і зменшує частку загальноновизнаних переживань [7].

На думку Г. Саллівена, психотерапевт в першу чергу повинен турбуватися про ті проблеми клієнта, які пов’язані зі спілкуванням з людьми, прагнути замінити неузгоджуючі мотивації на узгоджуючі. Узгоджуючі мотиви роблять особистість цілісною, дозволяють клієнтам задовольняти свої потреби і підвищують відчуття безпеки. Щоб це відбулося, клієнти повинні якоюсь мірою пожертвувати своєю безпекою при спілкуванні з людьми і усвідомити, що досягти психічного здоров’я можна лише за допомогою загальноновизнаних міжособистісних відносин [7].

Отже суть інтерперсональної психотерапії Г. Саллівена полягає у визнанні важливості міжособистісної взаємодії як основи формування норми і патології. Хворобу і здоров’я, норму і патологію вчений розглядав в контексті відносин між людьми. Виникнення патології багато в чому обумовлене порушенням міжособистісних відносин (в дитинстві, підлітковому віці або в дорослому віці), тому ціль психотерапії – допомогти клієнту відновити міжособистісні відносини, і це призводить до одужання. Окрім того, у міжособистісних стосунках з психотерапевтом клієнт вчиться отримувати задоволення від спілкування з людьми, позбавлятися від тривоги, набувати почуття безпеки, налагоджувати відносини із собою та оточуючими. При цьому відбувається перебудова

особистості, яка сприяє тому, що клієнт починає бачити реальні шляхи виходу із ситуацій, які раніше уявлялися йому невирішеними [3, с. 62].

## 7.2. Генеза невроту

За Г. Саллівеном, головним об'єктом виявлення невротів та психозів є не психічна структура (розум, особистість і т.д.), а види поведінки, які виникають між людьми. В основі уявлень Г. Саллівена про неврот лежить його теорія особистості як міжособистісного феномену. На його думку, особистість розвивається у процесі взаємостосунків дитини із значимими іншими, які її оточують. Після народження дитина вступає у тісні взаємостосунки з матір'ю (або з тими, хто заміняє собою матір). Власне ці стосунки є прототипом і реальним початком всіх взаємин із значимими іншими, в яких формується особистість людини. Дитина являється відносно беззахисною істотою. З початку важливим засобом міжособистісних стосунків стає її плач, потім вона вчиться використовувати мову і символи, за допомогою яких досягає безпеки у взаєминах з іншими. Процес входження дитини у стосунки відбувається за допомогою емпатії, емоційного єднання, яке розвивається між дитиною і значимим іншим, як правило матір'ю. У такому міжособистісному середовищі, переважно під впливом потреби організму в безпеці і самовираженні проявляється, чи не проявляється тривога.

Тривога, як вважає Г. Саллівен, виникає у міжособистісному світі дитини через страх несхвалення, неприйняття зі сторони значимих інших. Дитина починає переживати тривогу за допомогою емпатії, відчуваючи несхвалення матері задовго до того як в неї з'являється здатність усвідомлювати. Схвалення чи несхвалення матері має великий вплив на дитину. Воно ставить під загрозу взаємостосунки між дитиною і світом людей. Власне ці взаємостосунки для дитини є критично важливими, від них залежить не лише задоволення фізичних потреб, але й відчуття безпеки. Тому тривога сприймається як тотальне, та "космічне" почуття. Схвалення матері супроводжує винагорода, а несхвалення – покарання. Але ще важливішим є той факт, що несхвалення тягне за собою неповторний дискомфорт тривоги. Система схвалення і нагороди, або несхвалення і дискомфорту (тривоги) є найважливішим засобом акультурації

(процес взаємовпливу культур, сприйняття одним народом повністю або частково культуру іншого народу) і навчання, причому протягом усього життя людини. Г. Саллівен характеризує роль матері в цій системі такими словами: “Я говорив про функціональну взаємодію дитини із значимими іншими, матір’ю. Вона є джерелом задоволення, агентом акультурації, а також джерелом тривоги і невпевненості при формуванні соціальних навичок, на яких базується розвиток системи-Я”. Тривога обмежує дії дитини, заставляє вибрати лише ті дії, які викликають схвалення значимих інших.

За Г. Саллівеном “Я” формується на основі потреби дитини керувати тими переживаннями, які породжують тривогу. “Я” утворюється із необхідності розділяти всі види діяльності на дві категорії: на те, що викликає схвалення, і те, що викликає несхвалення. Динамізм “Я” базується на цих переживаннях схвалення і несхвалення, нагороди і покарання. “Я” виникає як динамічна сила, яка підтримує відчуття безпеки, тобто “Я” формується для того аби захиститися від тривоги. “Я” – це динамічний процес за допомогою якого організм вбирає в себе переживання, які тягнуть за собою схвалення і нагороду і вчиться виключати все те, що веде до несхвалення і тривоги. Обмеження, встановленні у перші роки життя, зберігаються і підтримуються протягом багатьох років. Так як людина переживає тривогу кожного разу, коли вона намагається перейти встановлені межі. Обмеження, які задаються за допомогою тривоги, стосуються не лише обмеження певних дій, але й обмежують рамки свідомості. Ті бажання, які можуть пробудити тривогу, виключаються із свідомості і, як говорив Г. Саллівен, піддаються дисоціації (розлад у психічних процесах) [6, с. 285] Г. Саллівен пише: “Я починаю контролювати процес усвідомлення, і тривога великою мірою керує процесом усвідомлення ситуації, у результаті чого із свідомості викидаються ті бажання особистості, які не включені до схвалюючої структури Себе”.

Ці ідеї допомагають пояснити деякі поширені феномени пов’язані із тривоگو. Звуження свідомості у стані тривоги – це феномен, з яким кожна людина знайома із власного досвіду і які часто зустрічаються у клінічній роботі. Г. Саллівен дає нове трактування класичному положенню психоаналізу про те, що тривога тягне за собою роботу витіснення. Він по-новому пояснює, чому тривога звужує процес усвідомлення. Відповідно до інтерпретації Г. Саллівена причиною цього являється динаміка міжособистісних

стосунків, особливо стосунки між матір'ю і дитиною, і фундаментальна потреба організму підтримувати свою безпеку. Якщо говорити про зв'язок тривоги із формуванням симптомів, то можна побачити одну закономірність: якщо організм неспроможний піддавати дисоціації сильні переживання чи імпульси, які породжують тривогу (як це буває при невротичних станах), виникають нав'язливі симптоми. Вони є суворими засобами для проведення меж усвідомлення. Звідси випливає, що дисоційовані бажання і переживання залишаються поза свідомістю до тих пір поки людина не буде спроможною подолати пов'язану з ними тривогу.

Важливо також, що Г. Саллівен вказує на взаємозв'язок між емоційним здоров'ям і тривогою. За його баченням тривога зменшує ріст і звужує межі усвідомлення, таким чином, зменшуючи сферу повноцінного життя. Емоційне здоров'я прямо пропорційне мірі усвідомлення. Тому за допомогою прояснення тривоги можна розширити межі усвідомлення і дати більше простору для особистісного розвитку. Це і є досягнення емоційного здоров'я.

### **7.3. Техніка теорії інтерпсональних відносин**

Працюючи у лікарні Св. Катерини і намагаючись застосувати до шизофреніків психоаналітичний метод вільних асоціацій, Г. Саллівен виявив, що ця техніка часто викликає у пацієнтів значне підвищення рівня тривоги [7].

Провівши значну кількість досліджень, Г. Саллівен розробив оригінальну процедуру, названу психотерапевтичним інтерв'ю, яке визначав як систему або ряд міжособистісних процесів, які виникають в співчасному спостереженні, в ході якого інтерв'юер робить певні висновки про того, хто дає інтерв'ю [10]. Терапевтичною частиною цього процесу є взаємостосунки між психотерапевтом і клієнтом, які дозволяють останньому зменшити рівень тривоги і взаємодіяти з іншою людиною на синтаксичному рівні. Оскільки Г. Саллівен вважав, що психічні розлади народжуються з міжособистісних проблем, то він заснував свою терапевтичну процедуру на спробах покращити відносини клієнта з людьми. Щоб полегшити цей процес, психотерапевт стає одночасно спостерігачем і безпосереднім учасником міжособистісних відносин з

клієнтом, тим самим надаючи йому можливість встановити синтаксичний зв'язок з іншою людиною [7].

Г. Саллівен розділяв психотерапевтичне **інтерв'ю** на чотири **стадії**: формальний вступ, дослідження, детальне опитування і висновок. Перша стадія, **формальний вступ**, передбачає короткий огляд – знайомство з клієнтом, з'ясування причин звернення до психотерапевта і т.д. Первинний контакт є вкрай важливим, оскільки на цьому етапі психотерапевт пробуджує у клієнта довіру, з'ясовує причини звернення до нього, робить перші висновки і розробляє курс лікування [7].

На стадії **дослідження** психотерапевт отримує докладну інформацію про життя і проблеми клієнта, за допомогою відкритих запитань, на які клієнт відповідає не замислюючись, навмання, поки нарешті його образи мислення не зосередяться на певній важливій проблемі. Стадія дослідження зазвичай триває від 7 до 15 годин, але може досягнути і 20 хвилин, у випадку, якщо терапія складається з одного інтерв'ю. На цій стадії психотерапевт аналізує отримані дані, після чого клієнт вносить до них поправки і доповнення [7].

Третя стадія, **детальне опитування** – період перевірки припущень, які виникають під час перших двох стадій. Психотерапевт намагається глибше зрозуміти клієнта, ставить йому конкретні запитання, які вимагають від хворого точних відповідей. Як правило, ці питання стосуються особистісних проблем і життя клієнта, його ставлення до себе та оточуючих людей. Психотерапевт уважно оцінює всі можливі значення відповідей на ці питання і намагається співставити їх із даними, які були отримані на попередніх стадіях [7].

Четверта, і остання, стадія психотерапевтичного інтерв'ю, називається **висновком** або в деяких випадках **перервою**. Висновок означає, що зустрічі з клієнтом завершені; перерва припускає, що завершене лише поточне інтерв'ю і воно може бути продовжене наступного дня, наступного тижня або в інший призначений психотерапевтом час. Під час кожної перерви психотерапевт дає клієнту домашнє завдання – що-небудь зробити або пригадати. На стадії висновку або перерви психотерапевт робить висновки про те, чи досягнув клієнт будь-якого прогресу, ділиться цим із клієнтом, дає йому рекомендації і формально завершує зустрічі. Завершувати зустрічі потрібно дуже м'яко, інакше всі отримані результати можуть бути загублені [7].

Не звертаючи увагу на те, що психотерапевт бере активну участь в терапевтичному інтерв'ю, Г. Саллівен уникає особистого втручання в цей процес, тобто не ставить себе на один рівень з клієнтом. Іншими словами, дружба не є обов'язковою умовою психотерапії: психотерапевт повинен володіти проникливістю і бути готовим до проведення ретельного спостереження міжособистісних стосунків клієнта [7].

#### **7.4. Результат психотерапевтичного впливу**

Г. Саллівен вважав, що психотерапія повинна бути спрямована на корекцію міжособистісних взаємостосунків, і як наслідок гармонізацію особистості. “Людина досягає душевного здоров'я тією мірою, наскільки вона усвідомлює свої міжособистісні взаємостосунки”. Результатом психотерапевтичного впливу, відповідно, є “розширення Я” клієнта до тієї міри, щоб він поєднав у своїй особистості “Я” – відоме для нього” та “Я” – що проявляється у взаємостосунках з оточуючими [2].

### **Висновки**

Теорія Г. Саллівена є однією з перших спроб поєднати воедино різні підходи до розуміння закономірностей розвитку особистості. Успішність цього досвіду призвела до прагнення сучасних психологів запозичувати найбільш значущі погляди і відкриття з різних психологічних шкіл, розширюючи рамки традиційних напрямів. Роботи Г. Саллівена справили великий вплив не лише на психологію особистості, але й на соціальну психологію, поклавши початок численним дослідженням особливостей сприйняття у спілкуванні людей.

Г. Саллівен не сформулював вичерпну теорію психологічного розвитку або принципи нормального функціонування психіки. Його підхід безпосередньо пов'язаний із психопатологією. Г. Саллівен досліджував реакції особистості на проблемні ситуації і тому описував процеси, покликані звести до мінімуму страх. Він об'єднав ці процеси поняттям потреби у безпеці (на відміну від потреби у задоволенні).

Г. Саллівен, так само як і З. Фрейд, розглядав людські переживання як балануючі стани між задоволенням і захисною регуляцією (безпекою). Проте між традиційною теорією З. Фрейда та інтерперсональним підходом Г. Саллівена до проблем мотивації, дитячого розвитку і структури психіки існує ряд помітних відмінностей.

### **Питання для самоконтролю**

1. Хто засновник інтерперсональної психотерапії?
2. Назвіть етапи розвитку людини в інтерперсональній психотерапії Г. Саллівена.
3. Які основні поняття інтерперсональної психотерапії Г. Саллівена?
4. Як визначив поняття “динамізм” Г. Саллівен?
5. Яка генеза неврозу в інтерперсональній психотерапії Г. Саллівена?
6. Назвіть основні техніки інтерперсональної психотерапії Г. Саллівена?
7. Яку роль у поведінці людини відіграє тривога за Г. Саллівеном?

### **Література**

1. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / Бондаренко А. Ф. – [3-е изд., испр. и доп.]. – М. : Класс, 2001. – 336 с.
2. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).
3. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
4. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.



5. Салливан Г. С. Интэрперсональная теория в психотерапии / Салливан Г. С. ; пер. с англ. О. Исаковой. – СПб. : Ювента ; М. : КСП+, 1999. – 347 с. – (Теория личности).
6. Словник української мови [текст] : [в 11 т.] / [ред. кол.: І. К. Білодід, Л. С. Паламарчук, Є. П. Кирилюк та ін.]. – К. : Наукова думка, 1971. – Т. 2: Г – Ж / [ред. тому: П. П. Доценко, Л. А. Юрчук]. – 1971. – 550 с.
7. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.
8. Sullivan H. S. Conceptions of modern psychiatry / Sullivan H. S. – Whitefish : Kessinger Publishing, , 2006. – 156 p.
9. Sullivan H. S. The interpersonal theory of psychiatry / Sullivan H. S. – London : Routledge, 2001. – 394 p.
10. Sullivan H. S. The psychiatric interview / Sullivan H. S. – New York : Norton, 1954. – 246 p.
11. Sullivan H. S. Clinical studies in psychiatry / Sullivan H. S. – New York : Norton, 1973. – 386 p.



**Ерік Леннард Берн**  
**Eric Lennard Berne**

**(1910–1970)**

Е. Берн – народився в Монреалі, у сім'ї вихідців із Росії, теоретик психоаналітичного напрямку, відомий американський психотерапевт, розробник трансактного аналізу. У 1931 р. отримав ступінь бакалавра гуманітарних наук, а в 1935 р. – ступінь доктора медицини і магістра хірургії в Мак-Гіллському університеті (м. Монреаль).

Розвиваючи ідеї психоаналізу, загальної теорії і методу лікування нервових і психічних захворювань, Е. Берн зосередив увагу на міжособистісних відносинах, які лежать в основі людських трансакцій (від англ. transaction – угода). У 1943 р. Е. Берн вступив до Армійського медичного корпусу як психіатр і саме під час війни розпочав роботу із групами. Е. Берн займався приватною практикою в Кармелі (США, штат Каліфорнія), був консультантом з питань групової психотерапії у кількох установах м. Сан-Франциско, читав лекції в Каліфорнійському університеті. Однією з найбільш популярних психотерапевтичних концепцій Е. Берна є трансактний аналіз, тобто аналіз взаємодій. Ця концепція стала широко відомою у 60-х роках ХХ ст. після виходу робіт вченого “Трансактний аналіз у психотерапії”, “Структура і динаміка організації груп”, “Ігри, в які грають люди, Люди, які грають в ігри”, які стали бестселерами практично у всьому світі.

## РОЗДІЛ 8. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПРОЦЕС У РУСЛІ АНАЛІЗУ Е. БЕРНА

### 8.1. Суть теорії трансактного аналізу

Е. Берн створив популярну концепцію трансактного аналізу, витоки якої ідуть із психоаналізу. Проте концепція Е. Берна увібрала в себе ідеї та поняття як психодинамічного, так і біхевіористського підходів, зробила акцент на визначенні і виявленні когнітивних схем поведінки, які програмують взаємодію особистості із собою та з іншими людьми [5].

Сучасний трансактний аналіз включає теорію особистості, теорію комунікацій, аналіз складних систем і організацій, теорію дитячого розвитку. У практичному застосуванні він є системою корекції як окремих людей, так і подружніх пар, сімей і різних груп [5].

У центрі концепції Е. Берна знаходиться поняття про стани Его: Батько, Дитина і Дорослий, які, в свою чергу, складають структуру особистості [4, с. 64; 8, с. 257].

**Батько.** Це інформація, яка отримується у дитинстві від батьків та інших авторитетних осіб, а також настанови, повчання, правила поведінки, соціальні норми, заборони, тобто інформація про те, як потрібно і як не можна поводитися в тій чи в іншій ситуації. З одного боку, це набір корисних, перевірених часом правил, з другої – арсенал забобонів і упереджень. Батько може виступати у ролі Контролюючого Батька (заборони, санкції; вимагає, керує, оцінює (засуджує і схвалює) і Батька, який піклується (поради, підтримка, опіка; навчає, піклується). Діагностувати стан Батька можна за допомогою таких висловів, як “я повинен”, “мені не можна”. До вербальних (словесних) характеристик відносяться також повчальні, оцінюючі, підтримуючі або критичні зауваження типу “завжди”, “ніколи”, “припини це”, “підди і зроби...”, “ти зобов’язаний”, “ти не повинен”, “ні за що на світі”, і “так, запам’ятай”, “скільки разів я тобі говорив”, “я б на твоєму місці”, “милий мій”, “бідолаха”, “яка дурниця”. Фізичними ознаками Контролюючою Батька являються нахмурені брови, піджаті губи, хитання головою, грізний вигляд, вказівний палець, постукування ногою, руки на стегнах, руки схрещені на грудях, зітхання, погладжування іншого по голові і т.д. [4, с. 64; 5; 8].

**Дитина.** Це емоційний початок в людині, який може проявлятися в двох видах: Природна Дитина і Адаптована Дитина [4, с. 64; 5; 8]. Характерними рисами **Природної Дитини** є: довіра, ніжність, безпосередність, цікавість, творча захопленість, винахідливість. Завдяки цим рисам Природна Дитина набуває великої цінності незалежно від віку: вона надає людині чарівності і теплоти. Разом з тим Природна Дитина не лише чарівна, але і капризна, пам'ятає образи, легковажна, поблажлива до себе, егоцентрична, вперта і агресивна. **Адаптована Дитина** є тією частиною особистості, яка, бажаючи бути прийнятою батьками і побоюючись бути відштовхненою, не дозволяє собі такої поведінки, яка б не відповідала очікуванням і вимогам батьків. Для Адаптованої Дитини характерні підвищена комформність, невпевненість, особливо при спілкуванні із значущими особами, сором'язливість. Різновидом Адаптованої Дитини є Бунтуюча (проти Батька) Дитина, яка ірраціонально заперечує авторитети, норми, порушує дисципліну [4, с. 65; 5; 8].

В трансактному аналізі Дитина діагностується на підставі висловів, які виражають почуття, бажання, побоювання: “я хочу”, “я не хочу”, “я сердита”, “я ненавиджу”, “мені все одно”, “яке мені діло”, “чому я”, “як чудово”, “давайте”. До невербальних характеристик відносяться тремтячі губи, сльози, надутий вигляд, опущений погляд, хникаючий голос, знизування плечима, розмахування руками, емоційне вираження радості [4, с. 64; 5; 8].

**Дорослий, або доросле Я.** Це стан, який втілює об'єктивну, розсудливу і разом з тим емпатійну, доброзичливу частину особистості; працює з інформацією, розмірковує, аналізує, уточнює ситуацію, апелює до розуму й логіки і т.д. [4, с. 64; 5; 8].

Якщо Батько – це надана концепція життя, а Дитина – концепція життя через почуття, то Дорослий – це концепція життя через мислення, що базується на збиранні і обробці інформації. Дорослому Я-стану відповідає фрейдівське Я (Его). Дорослий в Е. Берна грає роль арбітра між Батьком і Дитиною. Роль Дорослого зводиться не до придушення того чи іншого і піднесення над ними, а до вивчення інформації, записаної в Батькові і Дитині. Аналізуючи цю інформацію, Дорослий вирішує, яка поведінка найбільш відповідає конкретним обставинам, від яких стереотипів необхідно відмовитися, а які прийняти. Так, на вечірці доречна поведінка, яка диктується Дитячим Я-станом, і недоречна моралізація Батька на

тему аскетичного образу життя. Саме у цьому значенні необхідно розуміти девіз трансактного аналізу: “Будь завжди дорослим!”. Психотерапевт у роботі звертається до Дорослого клієнта [4, с. 66].

При **трансакціях** (одиницях взаємодії партнерів по спілкуванню) людей можуть включатися різні Я-стани. Розрізняють трансакції додаткові, перехресні і приховані. **Додатковими трансакціями** називаються такі, які відповідають очікуванням контактуючих людей і які відповідають здоровим людським відносинам. Такі відносини не конфліктогенні і можуть продовжуватися необмежений час. Стимул і відповідна реакція за такої взаємодії зображуються паралельними лініями. Прикладом трансакції Дорослий – Дорослий може слугувати неупереджена розмова з метою отримати інформацію: “Ви не чули, яка погода очікується завтра?” – “Обіцяють дощ” [4, с. 66; 8, с. 260].

Типовим прикладом розмови між батьками, обтяженими забобонами є: “Сучасна молодь думає тільки про розваги”. – “Ще б пак! Адже вони живуть на всьому готовому!” Взаємодія Батько – Дитина ілюструє такий діалог між подружжям: “Я сьогодні себе погано почуваю. Здається, у мене температура”. – “Тоді лягай в ліжко, я приготую тобі чай з лимоном і дам аспірин” [4, с. 66].

Конфліктогенною здатністю володіють перехресні трансакції. У такому випадку на стимул дається несподівана реакція, яка активізує невідповідний стан Я. Е. Берн наводить приклад, який називає “Запонки”. Чоловік не може знайти запонки. Він запитує дружину: “Ти не знаєш, де мої запонки?” Це питання Дорослого, який чекає інформації, і паралельна додаткова відповідь була б такою: “Подивися у верхньому ящику шафи”. Проте якщо у дружини був важкий день, то вона може відповісти так: “Куди поклав, там і візьми”. Стимул виходить від Дорослого, але дружина дала відповідь зі сторони Батька. Стимул і реакція перетнулися. Комунікація припиняється: чоловік і дружина не можуть більше говорити про запонки, спочатку вони повинні з’ясувати, чому він ніколи не кладе речі на місце. Якби відповідь дружини виходила від Дитини (“Вічно я в тебе у всьому винна!”), утворився б той самий глухий кут. Такі **перехресні трансакції** починаються взаємними докорами, колючими репліками і закінчуються гриманням дверей і гучним вигуком “Це все через тебе!”, що дало назву одній з психологічних ігор, описаних Е. Берном [4, с. 67].

**Приховані трансакції** відрізняються від доповнюючих і перехресних тим, що вони охоплюють більше двох станів Я, тому що повідомлення в них маскується під соціально прийнятним стимулом, але відповідна реакція очікується зі сторони ефекту прихованого повідомлення, в якому і полягає суть психологічних ігор. Наприклад, якщо продавець машин, усміхаючись, говорить своєму клієнту: “Ця наша машина – найпрекрасніша спортивна модель, але вона, напевно, дуже дорога для Вас”, то його слова можуть бути сприйняті як Дорослим, так і Дитиною клієнта. Коли їх чує Дорослий, відповідь може бути такою: “Так, Ви маєте рацію, для мене це дороге”. В той же час Дитина може відповісти так: “Я беру цю машину – це якраз те, що я хочу”. Найтонші ходи обманів будуються з урахуванням людської потреби у визнанні [4, с. 67].

Психологічна гра є набором поступових один за одним додаткових прихованих трансакцій з чітко визначеним і передбачуваним результатом. Це набір трансакцій з прихованою мотивацією, які містять у собі пастку, каверзу. Безліч подібних ігор наведені у роботі Е. Берна “Ігри, в які грають люди, і люди, які грають в ігри” [4, с. 67; 8, с. 265-266].

Важливим поняттям трансактного аналізу є “сценарій” – це життєвий план, нагадує спектакль, який особистість змушена грати. Він залежить від позицій, прийнятих у дитинстві, і записується у дитячий Я-стан через трансакції (взаємодію), між батьками і дитиною.

Ігри, в які грають люди, є частиною сценарію. Гра в трансактному аналізі розуміється як фіксований і неусвідомлюваний стереотип поведінки, коли особистість прагне уникати близькості, тобто повноцінного спілкування, шляхом маніпулятивної поведінки. Поширеними є такі ігри як: “Так, але...”, “Якби не ти...”, “Який я нещасний...”, “Дивись, що ти зробив зі мною...” та інші [4, с. 68; 8, с. 266-267].

Головною ціллю психотерапевтичної допомоги, яка ґрунтується на концепції трансактного аналізу, є допомога клієнту в усвідомленні своїх ігор, життєвого сценарію, станів Еґо і за необхідності їх корекція. Психотерапевт прагне також звільнити людину від нав’язливих програм поведінки, і допомогти стати незалежною і здатною до повноцінного спілкування [4, с. 68].

В трансактному аналізі використовують специфічні прийоми: структурний аналіз Еґо-позиції і сімейне моделювання.

**Структурний аналіз** лежить в основі трансактного аналізу, аналізу ігор і сценаріїв, не лише в історичному, але і теоретичному і концептуальному смислі. Структурний аналіз передбачає демонстрацію і взаємодію різних видів трансакцій. Особливо виділяються дві проблеми: контамінації, коли змішуються два різні стани Его, і виключення, коли стани Его суворо розмежовані [4, с. 68; 8, с. 257].

**Сімейне моделювання** поєднує елементи психодрами і структурного аналізу станів Его, коли учасник групи (цю техніку звичайно використовують в груповій роботі) відтворює свої трансакції з моделлю своєї сім'ї. У рамках сімейного моделювання здійснюється аналіз ігор і вимог, ритуалів і структуризації часу, позиції в спілкуванні (“Я добрий і ти добрий” (Я+, Ти+), “Я поганий і ти поганий” (Я-, Ти-), “Я добрий, ти поганий” (Я+, Ти-), “Я поганий, ти добрий” (Я-, Ти+), а також аналіз сценарію [4, с. 68].

Основні особливості, завдяки яким трансактний аналіз завоював широке визнання, це його доступність та ефективність. Трансактний аналіз застосовують при короткотривалій психотерапії, психотерапевтичній роботі. Він дає клієнту можливість вийти за рамки неусвідомлюваних схем і шаблонів поведінки і, прийнявши іншу когнітивну структуру поведінки, навчитися його коректувати.

Завдяки своїй доступності трансактний аналіз став певною формою соціокультурного навчання поведінки. І в цьому причина його надзвичайної популярності. Діапазон застосування концепції трансактного аналізу дуже широкий – від сімейного консультування до лікування неврозів і навіть до такої тонкості, як навчання бабусь і дідусів бути сімейними психологами [4, с. 68].

Концепцію трансактного аналізу підтримували, розвивали і модифікували багато психологів: Л. Личагіна М. Маклюр, Т. Харріс, М. Холдінг та інші. Психолог Л. Личагіна вважає, що трансактний аналіз може використовуватися при лікуванні неврозів в широкому віковому діапазоні. Менш ефективно його застосування для лікування психотичних хворих, а також хворих з важкими хронічними формами неврозів. Сильною стороною трансактного аналізу є знаходження спільної мови з клієнтом, яка полегшує встановлення з ним психотерапевтичного контакту [4, с. 69].

## 8.2. Генеза неврозу

Невроз залежить, перш за все, від сили імпульсів Ід та від можливості їх вираження. Якщо людину з раннього дитинства нервували або сексуально стимулювали, вона просто не в змозі впоратися із збудженням за допомогою звичайних методів. Таке збудження заважатиме її щастю і продуктивності праці, якщо вона не отримає допомоги ззовні. Коли людина переживає певні труднощі, намагаючись впоратися із накопиченими збудженнями, то будь-які зміни можуть викликати невроз. Усе може виглядати позитивно, поки обставини не призведуть до збільшення напруження Ід (посилення обурення або статевого збудження), до збільшення суворості Супер-Его (почуття провини), до посиленої здатності самозбереження (при фізичній хворобі), до позбавлення людини шляхів здорового вираження напруження (при тюремному ув'язненні) – і як результат настає зрив [1].

Деякі люди, на думку Е. Берна не можуть впоратися навіть із нормальною кількістю збудження, переживаючи певні труднощі. Це відбувається із-за надмірно суворого Супер-Его, недостатньої стимуляції розвитку Его, нездатності зберігати енергію та сприйняття, особливо за несприятливих зовнішніх обставин [1]

Досить важливою є роль Супер-Его, тому що воно допомагає визначити, наскільки індивід дозволяє собі зберігати чи полегшувати напруження. Супер-Его може бути поблажливим, коли воно допускає вільне полегшення, або ж вимогливим, дозволяючи незначне задоволення – тоді накопичується велике напруження. Це зовсім не означає, що для уникнення неврозів потрібно вільно виражати свої імпульси. Така поведінка може призвести до значних ускладнень із зовнішніми енергетичними системами (природою та іншими людьми) та накопичення великого напруження, що в подальшому унеможливить полегшення (чоловік, який дозволяє собі ганьбити дружину, скільки йому захочеться, може її втратити і в нього не залишиться нікого, хто б дозволив себе використовувати в якості об'єкта Лібідо або Мортидо, а це викличе у чоловіка страждання). За Е. Берном, краще стримуватися, ніж ризикувати образити Супер-Его [1].

Іншим важливим фактором неврозу є кількість накопичених справ з дитинства. Чим більша їхня кількість, тим ймовірнішим та суворішим є невроз у заданій ситуації. Наприклад, із трьох клієнтів



Е. Берна, які пережили війну, батьки померли коли тим було відповідно два, чотири і вісім років. У першого клієнта відбувся найвищий зрив, у другого не такий серйозний, у третього найлегший. Така ситуація пояснюється тим, що у першого клієнта було найбільше накопичених “батьківських справ”, у другого менше, у третього найменше. Сила їх неврозів відповідала їх емоційному досвіду, або відсутності досвіду по відношенню до старших чоловіків. Людина із невеликими емоційними переживаннями раннього дитинства, за Е. Берном, у подальшому може винести, не зриваючись, значно більше напруження, ніж людина із низкою невирішених дитячих проблем [1].

Невротики часто говорять: “Моя мама і тато були нервовими людьми, ось і я нервовий. Я отримав це у спадок”. Е. Берн вважав такий вислів невірним, тому що невроз не передається спадково. Проте його основи можуть бути закладені у ранньому дитинстві внаслідок поведінки батьків. Невроз залежить від того, як індивід використовує свою енергію. Деякі його тенденції можуть залежати від спадкової конституції, проте фактичний розвиток більшою мірою залежить від того, чого він навчається, спостерігаючи за власними батьками. Щоб не робили батьки новонародженої дитини, це здається для неї “природним порядком речей”, оскільки їй мало вдається порівняти їх поведінку з поведінкою інших. Якщо дитина бачить, що при зіткненні з труднощами батьки виходять із себе, замість того щоб справлятися з дійсністю за Принципом Реальності, то вона буде наслідувати їх поведінку. Якщо батьки використовують свою енергію невротичним способом, то в дитини спостерігатиметься тенденція чинити таким самим способом, тому що вся поведінка батьків представляється новонародженій дитині як “необхідна”. Тобто, якщо батьки дитини – невротики, то і дитина може вирости невротиком, але не тому, що успадкувала їх невроз, а тому що навчилася від них неврозу, так само як вони у своїх батьків [1].

Е. Берн виділяє наступні види неврозів – невроз нав’язливих станів, фобії, конверсивна істерія, невроз занепокоєння, іпохондрія та неврастенія. Невроз нав’язливих станів виникає, коли сильні чи подавлені бажання викликають постійні збудження, прагнучи отримати задоволення; інколи вони викликають симптоми поза межами контролю Его (оскільки Его витіснило напруження, яке їх спричиняє). Так як підсвідомість знаходиться поза свідомим Его, то бажання, вигнанні на нижні шари, виходять з-під контролю Его і коли

вони завдають клопоту, Его мало що може вдіяти, доки вони не проявляється. Нав'язливі комплекси (такі як миття рук), фобії (такі як страх мікробів) і різноманітні види одержимості (такі як самокатування ревнощами) зазвичай зустрічаються разом [1].

Невроз конверсивної істерії пов'язаний із перетворенням (конверсією) психічної енергії в соматичний симптом зазвичай є дотичним до якоїсь частини тіла, а не емоції: в істериків часто відмовляються служити руки, ноги або голосові зв'язки, у них перекошує шию, або м'язові спазми заважають нахилитися; вони втрачають одне із відчуттів (зір, слух, нюх); вони втрачають чутливість в якійсь частині тіла (руці, нозі). Істерія здатна імітувати будь-яку хворобу, в наслідок чого відбувається зміна образу власного тіла, тому що індивід веде себе відповідно до своїх образів, а не справжніх можливостей тіла. Зміна образу провокує виникнення хвороби, тому що потік Лібідо або Мортидо не знаходить зовнішнього виходу [1].

Симптомами неврозу занепокоєння є надмірна пітливість, непосидючість, прискорене серцебиття, безсоння, нічні кошмари, відчуття виснаження і змарніле обличчя. Такі симптоми є дуже подібними до симптомів гіпертиреозу (синдром, обумовлений гіперфункцією щитовидної залози), тому за наявності будь-яких сумнівів до роботи з клієнтом слід залучати хірурга, терапевта (або ендокринолога) та психіатра [1].

Іпохондрик скаржиться на власне здоров'я та хитрим чином використовує ці скарги для керування своїм оточенням. Невротики такого роду страждають від надлишку спрямованого всередину, чи нарцистичного Лібідо, використовуючи свою енергію, щоб "любити самих себе". Такі люди постійно спостерігають за реакціями свого тіла, за найменшим приводом ходять до лікаря. Їхнє житло наповнюється дивними лікарськими і таємничими засобами самолікування. Лікування іпохондриків досить важке, тому що вони надтозаняті самі собою, обурюються та шаленіють проти будь-якого натяку на ненормальність їх почуттів. Е. Берн говорив, що легше було б вилікувати Ромео від любові до Джульєтти, ніж іпохондрика від любові до самого себе [1].

Неврастенія застосовується при описі втомлених, пригнічених, хворобливо мрійливих, легко збудливих людей, нездатних до зосередження, надаючих перевагу бездіяльності, не приймаючих на себе особливої відповідальності людей. Неврастенію, за Е. Берном

слід відносити до неврозів занепокоєння чи невротичних депресій [1].

Е. Берн вважав, що розрізнення типів неврозів є дещо штучним, оскільки в дійсності неврозів стільки, скільки є клієнтів. Симптоми час від часу змінюються і кожен індивід переживає їх по-своєму. Вивчаючи різні типи неврозів за Е. Берном, слід пам'ятати, що кожного невротика психотерапевт розглядав як особливого індивіда, а не як приклад певного виду захворювання [1].

### 8.3. Техніки трансактного аналізу

Трансактний аналіз – це інтеракційна психотерапія, яка проводиться в груповій формі. Клієнтів навчають основним поняттям трансактного аналізу, розумінню механізмів поведінки і їх розладів. Психотерапевт і клієнти користуються в ході терапії дошкою і крейдою [6].

Метою такої роботи є усвідомлення членами групи того, в межах якого Я-стану вони зазвичай функціонують (структурний аналіз), перегляд їх ранніх рішень. Розвиваючи це усвідомлення, клієнти досліджують раннє програмування, послання (повідомлення), які вони отримували від батьків, і свої відносно ранні рішення власної гідності і життєвої позиції [6].

Для того, щоб допомогти членам груп трансактного аналізу розібратися в станах Его, а також в трансакціях, іграх і сценаріях життя, використовуються спеціальні процедури. Структурний аналіз дає можливість членам груп концептуалізувати і відокремити один від одного стани Его, а потім досягнути домінування Дорослого над Дитиною і Батьком [9]. У процесі трансактного аналізу одна людина може позбавитися від схильності маніпулювати людьми, інша може навчитися давати відсіч агресорам. Коли стає зрозумілим, що ведеться певна гра, тоді члени групи коментують і аналізують цей факт, розширюючи таким чином для себе можливості вибору і встановлюючи стосунки, які вільні від гри. Нарешті члени групи набувають здатності до дослідження своїх сценаріїв, переоцінки своїх вихідних життєвих позицій, до відмови від вимушеного здійснення деструктивних планів життя [8, с. 268].

**Контракти.** Е. Берн розробив оригінальні прямі та економічні способи терапевтичних дій. Фрази, що можуть бути доречними в інших експериментальних методиках, наприклад “Які в групі

міркування або відчуття щодо цього?”, не дають належного ефекту в трансактному аналізі. Тут основою групових занять є серії індивідуальних контрактів. У трансактному аналізі контракти визначають цілі та умови занять і є документом, який дозволяє визначити ступінь поліпшення стану учасника терапевтичної групи. Зрозуміло, цілі вибирають члени групи, а не керівник. Контракт включає опис поведінки, а не якісь неясні відчуття. Наприклад, член групи не повинен підписувати контракт, за яким він стане щасливішим і задоволенішим життям, але може прийняти контракт, відповідно до якого він менше буде сваритися з членами своєї сім'ї або більш продуктивно використовуватиме робочий час. Формулювання контракту повинні бути достатньо конкретними, щоб можна було відповісти на питання: “Як ви, дізнаєтеся і як ми дізнаємося, що ви отримали те, за чим прийшли у групу?” [10, с. 94]. Можна попросити члена групи винести проблему на загальне обговорення і розіграти роль кожної дійової особи проблемної ситуації, щоб її проілюструвати [6; 8, с. 268].

Контракт дає можливість Дорослому і Дитині визначити їх бажання і потреби. Батько, як це прийнято вважати, і так регулярно виражає свої вимоги. Важливо, що контракт залучає Доросле Я до колективного пізнавального процесу. Використання контрактів між керівником і членами групи має на увазі взаємну згоду і демократизм у відносинах. Керівники груп не приймають контракти, які створюють для них певні незручності або які, на їх думку, є нереалістичними [8, с. 269].

Протягом ходу занять у групі контракти можуть доповнюватися або видозмінюватися. Одні спрямовані на далеке майбутнє, інші ж переслідують короткострокові цілі, включають зміни, які можуть відбутися за один сеанс.

Зазвичай індивідуальна робота в групі трансактного аналізу не починається, поки кожен член групи не сформулює конкретний контракт. З іншого боку, зміст окремих контрактів не повинен бути важливішим, ніж стосунки між керівником групи і будь-яким її членом або просто між членами групи. На першому місці завжди повинні стояти поточні проблеми, або важливі події, що відбуваються в житті когось із членів групи (розлучення, зміна місця роботи, непорозуміння між членами групи) [8, с. 269-270].

**Захист, дозвіл і дієздатність.** Головне правило трансактної терапії звучить так: “Терапевт повинен піклуватися про своє власне

душевне благополуччя як під час лікування, так і після нього” [11, с. 234]. Це означає, що керівник групи повинен стежити за своїми власними психологічними потребами і не нехтувати жодним із своїх станів Его, навіть якщо справи в групі йдуть не досить добре [8, с. 270].

Захист, дозвіл і дієздатність – це три складових діяльності керівника в групі трансактного аналізу. **Захист** має на увазі, що керівник достатньо кваліфікований, аби керувати групою і сприяти досягненню цілей, які визначаються контрактами членів групи. Захист також припускає для членів групи гарантію від фізичної шкоди і доступність (в розумних межах) для них керівника. Коли хтось в групі є особливо засмученим або пригніченим, керівник може тимчасово скористатися своїм Батьком, щоб потурбуватися про перелякану Дитину свого клієнта і захистити її. Така підтримка пропонується на певний час, щоб допомогти учаснику впоратися із кризовою ситуацією або з новими важкими формами поведінки і враженнями [8, с. 270-271].

**Дозволи** є невід’ємною частиною поведінкового репертуару будь-якого керівника групи. Керівник надає кожному члену групи можливість розвивати свою особистість, так, щоб протидіяти засвоєним в дитинстві заборонам. Структуруючи групу, надаючи дидактичні пояснення і пропонуючи експерименти, керівник тим самим відкриває шлях до змін клієнтів [8, с. 271].

**Дієздатність** – це здатність керівника до своєчасного лікувального втручання. У трансактному аналізі виділяються чотири лікувальні чинники, що діють в кожній групі: природне людське прагнення до здоров’я і особистого зростання; усвідомлення того, що члени групи є людськими істотами, і отримання ними того, що в трансактному аналізі називається впливами; коректуючий досвід переживання протистояння та інших взаємодій між членами групи; специфічна поведінка керівника. Лікувальне втручання керівника залежить від характеру групи. Е. Берн виділяв чотири види дій керівника, які можуть бути доречними в групі трансактного аналізу: очищення або деконтамінація, рекатексис, прояснення і переорієнтація. **Деконтамінація (очищення)** означає виявлення станів Его в їх чистому вигляді і, відповідно, визначення структури особистості. **Рекатексис** (recathexis – неологізм від cathexis – буквально концентрація психічної енергії на об’єкті або ідеї, в даному випадку переміщення психічної енергії) – це спонукання до

переживання різних станів Его. **Прояснення** означає досягнення членом групи контролю над поведінкою з боку свого Дорослого, яка перешкоджає мимовільному сповзанню в стан Батька або Дитини. І нарешті, **переорієнтація** полягає в такій зміні життєвого сценарію і сприйняття життя членом групи, яке дозволить йому вважати, що і з ним та іншими в основному все добре [8, с. 271].

**Аналіз станів Его, трансакцій та ігор.** Щоб здійснювати процеси деконтамінації і рекатексису, керівник групи і її члени повинні вміти діагностувати стани Его. Для визначення станів Его є щонайменше чотири способи [8, с. 271-272]:

1) поведінка членів групи, використання ними тих або інших слів, їх голос, жести, міміка і пози відображають стан Его в певний момент часу;

2) стани Его також можуть бути виявлені при спостереженні трансакцій між людьми;

3) функціонування станів Его багато в чому розкривається у процесі аналізу минулого людини і її сімейних стосунків;

4) члени групи можуть навчитися самостійно визначати стани Я, особливо при набутті достатнього досвіду.

Терапевти, у яких розвинена інтуїція, зазвичай досить досвідчені у виявленні повідомлень, які надходять від прихованої Дитини, Дорослої або Батька. Деякі керівники груп для діагностики станів Его застосовують більш формалізовані прийоми. Наприклад, з гештальт-терапії запозичений метод “Порожнього стільця” – учасник повинен розсадити всі свої стани Его стільцями і закликати їх до взаємодії. При використанні іншого прийому, відомого як “Репетиція сценарію”, два або більше учасників розігрують сценку, яка ілюструє якусь проблему, важливу принаймні для одного з них. Тим часом одні члени групи стоять поряд і грають роль Батьків, інші, сидячи на підлозі, реагують на те, що відбувається з позиції Дитини, а треті спостерігають за тим, що відбувається і роблять зауваження як Дорослі [8, с. 272].

Перший крок керівника групи полягає в тому, щоб допомогти учасникам занять навчитися розрізняти способи поведінки Дитини і Дорослого. Спочатку контури Дорослого виділяються чіткіше за допомогою деконтамінації Дорослого від Дитини і Батька. У думках Дорослого повинна бути визначеність, а бажання і фантазії Дитини або втручання Батька можуть спотворити розумовий процес, як це відбувається при шизофренії. Розуміння і посилення функції

Дорослого не слід плутати з проникненням у суть внутрішньособистісної і групової динаміки. Щоб допомогти членам групи навчитися контролювати внутрішні психічні процеси в стресових ситуаціях, використовується структурний аналіз. Е. Берн вважав, що людині перш за все треба почати успішно функціонувати у навколишньому світі і лише потім слід зайнятися самоаналізом [8, с. 272].

Другий крок керівника групи полягає у звільненні Природної Дитини і Маленького Професора від надмірного впливу Адаптованої Дитини. Лише після цього члени групи знайомляться зі своїми Батьками. За Е. Берном, диференціація Дитини від Дорослого менш ризикована, ніж спроба взаємодії із Батьком. По-перше, до найбільшого впливу Батька схильна саме Дитина, тому, якщо з Батьком знайомляться в останню чергу, то Дитина може встигнути самовиразитися при найменших Батьківських обмеженнях. По-друге, потрібно почекати, поки буде виявлена Дитина, перш ніж концентрувати увагу на Батькові, тому що за таких умов Дитина засвоїть певний досвід. З теоретичної точки зору, за мірою зростання Дитини посилюється і Дорослий. Коли Дитина і Батько диференційовані, Дорослий може спостерігати за конфліктами, які між ними відбуваються, і стежити за тим, щоб кожен з них проявлявся у відповідному місці і у відповідний час [8, с. 272].

**Аналіз сценаріїв і робота з їх переорієнтацією.** Якщо короткотривала мета груп трансактного аналізу полягає у виконанні зобов'язань, обумовлених в контрактах, то їх довготривала мета – “переписування” сценаріїв життя. Керівники повинні передбачати психологічні наслідки того, що вони повідомляють членам групи, і бути впевненими, що вони не підкріплюють сценарії клієнтів. За Е. Берном, більшість людей приходять до групи з метою навчитися краще розігравати свої ігри. Люди хочуть, щоб ігри не супроводжувалися болем і розчаруваннями, щоб вони не відмовлялися від того, що викликає схвалення з боку оточуючих. Е. Берн вважав, що особливе завдання психотерапевта – зменшувати значення непродуктивних сценаріїв і у терапевта для цього є великі можливості. При цьому терапевт, що працює в рамках трансактного аналізу, повинен більше покладатися на сили членів групи і менше – на власні [8, с. 275].

Аналіз сценаріїв вимагає усесторонньої оцінки станів Его, простих, стереотипних трансакцій, а також складних трансакцій, що

залучають у виконання довгострокового життєвого плану кількох людей. Сценарій відноситься до феноменів перенесення, він походить від сімейної драми членів групи. Розігруючи свої сценарії в реальному житті, люди намагаються відновити або розвинути те, що вони винесли зі свого раннього сімейного досвіду. Керівник може отримати інформацію про сімейну драму, звернувшись до історії дитячих вражень свого клієнта або до описів, які надаються членами його сім'ї. Інший прийом полягає в тому, щоб попросити клієнта представити свою сім'ю у вигляді персонажів п'єси. Питання ставиться так: "Якщо ввести членів вашої сім'ї в спектакль, яка це буде п'єса?" Клієнта також просять створити сюжет і визначити ролі для кожного персонажа. Такий прийом допомагає викликати в пам'яті ранні враження і створює безпечну обстановку, сприятливу для обговорення батьківських впливів, а також конфліктів, страхів і розчарувань [8, с. 275].

Уявлення про сценарії можна отримати і за допомогою складеного Е. Берном і доповненого його послідовниками довгого списку питань. У нього входять, наприклад, такі питання: "Яким було кредо ваших батьків?", "Яке життя вели ваші батьки?", "Що вам треба було зробити, щоб ваші батьки посміхнулися або розсміялися?" Підоснова такого опитування в тому, що батьківські впливи продовжують проявлятися в повсякденних транзакціях клієнта і в його довгострокових планах і цілях. Деякі аспекти сценаріїв знаходять віддзеркалення в транзакціях між членами групи. Швидше за все, комфортніше відчуватимуть себе при спілкуванні один з одним ті люди, чії сценарії схожі або доповнюють один одного [8, с. 275].

Для визначення сценаріїв та ігор можна також користуватися дидактичними засобами, наприклад **карпманівським драматичним трикутником**. Три вершини цього трикутника відповідають позиціям Жертви, Рятувальника і Переслідувача. **Жертви** страждають, проявляють безпорадність і ніяк не можуть відчути, що з ними все добре. **Рятувальники** відчувають себе в порядку лише тоді, коли вони комусь допомагають. Для того, щоб грати свою роль, їм потрібно, щоб інші залишалися жертвами. **Переслідувачі** критикують тих, кого оточують, маніпулюють ними і таким чином ставлять їх в положення Жертви. Більшість членів групи, як правило, займають свою улюблену позицію. Але у віртуозно розіграваній грі можливе переміщення між вершинами трикутника [8, с. 275].



Отже, трансактний аналіз є досить ефективним у груповій роботі, призначений для короткочасної психокоректуючої роботи. Трансактний аналіз надає клієнту можливість вийти за рамки неусвідомлюваних схем і шаблонів поведінки, і, прийнявши іншу когнітивну структуру поведінки, отримати можливість довільної поведінки [5].

#### 8.4. Результат психотерапевтичного впливу

Головна мета психотерапевтичного впливу в руслі аналізу Е. Берна полягає у допомозі клієнту в усвідомленні своїх ігор, життєвого сценарію, станів Его і при необхідності прийняття нових рішень, що відносяться до поведінки, укладу життя. Суть корекції полягає в тому, щоб звільнити людину від виконання нав'язаних програм поведінки і допомогти їй стати незалежною, спонтанною, здатною повноцінних відносин і близькості [5].

Результат терапії полягає у досягненні клієнтом незалежності і автономії, звільнення від примусу, уключеності в сьогодення, вільної від ігор взаємодії з оточуючими людьми, яка припускає відвертість і близькість [5].

По закінченню терапії досягається автономія особистості, відбувається визначення своєї власної долі, ухвалюється відповідальність за свої вчинки і відчуття.

Щоб досягнути позитивних результатів психотерапії, необхідно дотримуватися наступної **позиції психотерапевта**. Основне завдання психотерапевта – забезпечити необхідний інсайт. А звідси вимога до його позиції: партнерство, прийняття клієнта, поєднання позиції вчителя і експерта. При цьому психотерапевт звертає свою увагу на Его-стан клієнта: Дорослий в клієнті не потурає капризам Дитини і не заспокоює розгніваного Батька [5].

Психотерапевту не слід використовувати в процесі психотерапії надмірно багату термінологію, яка може бути незрозумілою клієнту. Е. БERN вважав, що за допомогою термінології психотерапевт прагне захиститися від власної невпевненості перед проблемою [5].

Клієнт, в свою чергу, також висуває певні вимоги і очікування у процесі психотерапії. Основною умовою роботи в трансактному аналізі є укладення контракту. У контракті чітко обумовлюються цілі,

які клієнт ставить перед собою; шляхи, за допомогою яких ці цілі досягатимуться; пропозиції психотерапевта щодо взаємодії; список вимог до клієнта, які той зобов'язується виконувати [5]. Клієнт вирішує, які переконання, емоції, стереотипи поведінки він повинен змінити в собі, щоб досягти намічених цілей. Після перегляду ранніх рішень клієнти починають думати, поводитися і відчувати по-іншому, прагнуть стати автономними. Наявність контракту припускає взаємну відповідальність обох сторін: психотерапевта і клієнта тощо.

## Висновки

Трансакційний аналіз був розроблений психіатром Е. Берном, який вважав психоаналіз дуже статичним і надмірно ускладненим методом. В основі трансактного аналізу лежать поняття станів Его, трансакцій, ігор і сценаріїв. Структурний аналіз є методом дослідження станів Его, тобто певних стійких стереотипів мислення, відчуттів і поведінки, які можна виділити в структурі особистості і які позначаються як Батько, Дорослий і Дитина.

Робота в групах ведеться на основі індивідуальних контрактів, в яких визначаються цілі і умови лікування. Роль керівника групи обґрунтовується захистом її учасників, дозволом експериментувати зі змінами, які в них відбуваються, і дієздатністю, яка виражається в своєчасному втручанні. Короткострокова мета трансактного аналізу полягає в досягненні цілей, які обумовлені в контрактах, довгострокова – в переписуванні сценаріїв життя. Зміна сценаріїв включає роботу в їх переорієнтації і застосування спеціальних дидактичних засобів, наприклад драматичного трикутника. Робота в групах трансактного аналізу має пізнавальну і освітню спрямованість, а обстановка, яка створюється в групі, сприяє роботі з контрактами і реалізації Дорослих Его членів групи.

Трансактний аналіз порівняно нескладний для розуміння метод психотерапії, деякі науковці навіть критикують його за те, що він дуже простий. Хоча в трансактному аналізі груповим процесам особливої уваги не приділяється, обстановка групи для нього є ідеальною, оскільки вважається, що проблеми існують здебільшого у взаємостосунках між людьми.

Трансактний аналіз може використовуватися при лікуванні неврозів в широкому віковому діапазоні. Менш ефективним його

використання буде для лікування психотичних хворих, а також хворих з важкими хронічними формами неврозів. Сильною стороною трансактного аналізу є встановлення спільної мови з клієнтом, що полегшує формування психотерапевтичного контакту.

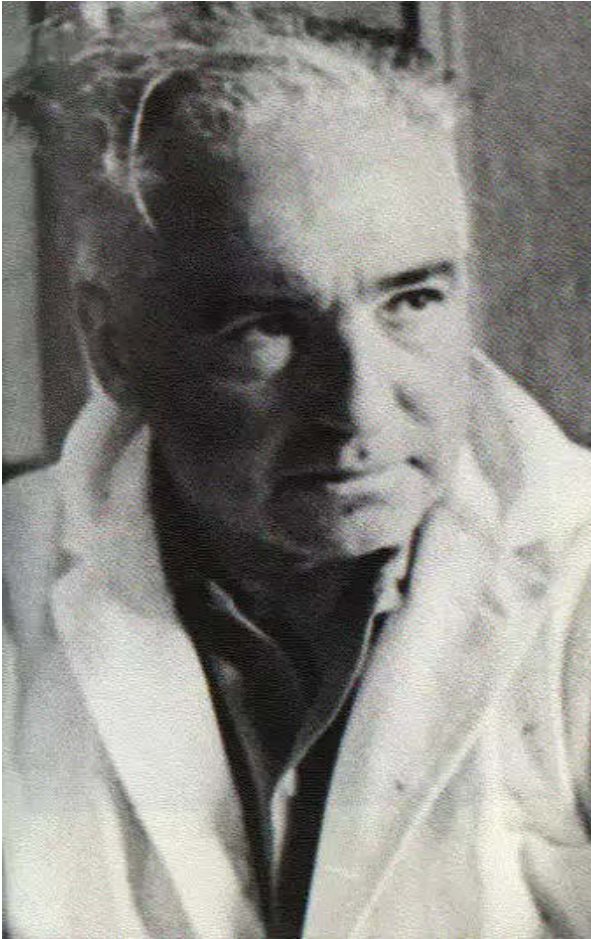
### **Питання для самоконтролю**

1. Розкрийте суть трансактного аналізу.
2. Які психологічні теорії ввібрала в себе концепція Е. Берна?
3. Опишіть структуру особистості за Е. Берном.
4. Назвіть основні поняття трансактного аналізу.
5. Яка генеза неврозу у трансактному аналізі?
6. Які ви знаєте основні процедури трансактного аналізу?
7. За допомогою яких дидактичних засобів можна ідентифікувати сценарії в трансактному аналізі? Опишіть їх.

### **Література**

1. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных / Берн Э. ; пер. с англ. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 462 с. – (Психологическая коллекция).
2. Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: системная индивидуальная и социальная психиатрия / Берн Э. ; пер. с англ. – М. : Академ.Проект, 2001. – 197 с. – (Концепции).
3. Берн Э. Групповое лечение. На вершине психотерапии. / Берн Э. – Екатеринбург : Литур, 2003. – 352 с.
4. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
5. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учебное пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
7. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
8. Рудестам К. Групповая психотерапия / Рудестам К. – [2-е изд.]. – СПб. : Питер, 2006. – 384 с. – (Золотой фонд психотерапии).

9. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy / Berne E. – New York : Grove Press, 1961.
10. Dusay J. M. Transactional analysis in groups / J. M. Dusay, C. M. Sterner. – New York : Jason Aronson, 1972.
11. Woollams S. The total handbook of transactional analysis / S. Woollams, M. Brown. – New York : Prentice-Hall, 1979.



## Вільгельм Райх Wilhelm Reich

(1897- 1957)

Австрійський та американський психолог, один із основоположників європейської школи психоаналізу. З 1919 р. розпочинає психоаналітичну практику, стає членом Віденської Психоаналітичної спілки. У 1922 р. В. Райх отримує медичний ступінь і стає першим клінічним асистентом доктора З. Фрейда у його Віденській клініці, а згодом займає посаду віце-директора цієї клініки. У 1924 р. В. Райх стає

директором першого в країні учбового інституту психоаналізу, де займається викладацькою діяльністю. У 1929 р. разом із соратниками створює клініки сексуальної гігієни для робітників. Ідеї В. Райха, які втілювалися в його клініках, набагато випереджали свій час і не влаштовували тогочасне суспільство. Серед таких ідей були: надання контрацептивів всім бажаним; дозвіл абортів; дозвіл розлучень; сексуальна освіта, як засіб профілактики венеричних захворювань і сексуальних проблем і т.д. У 1939 р. керівництво Нової школи соціальних досліджень запрошує В. Райха до м. Нью-Йорк, куди він переїжджає разом зі своєю лабораторією. У Нью-Йорку В. Райх засновує Інститут оргону, який стає базою для його досліджень з біоенергії, енергії життя, так званою оргонічною. У 1950 р. він намагається створити акумулятор цієї енергії і лікувати з його допомогою різні хвороби, такі як рак, стенокардію, астму, ревматизм, епілепсію тощо.

## РОЗДІЛ 9. ХАРАКТЕРОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ В. РАЙХА

### 9.1. Суть характерологічного аналізу В. Райха

Характерологічний аналіз В. Райха та його практика вегетотерапії є одним із найбільш відомих методів тілесно-орієнтованої психотерапії. В. Райх був першим аналітиком, який інтерпретував природу і функції характеру у роботі із клієнтами. Він підкреслював важливість акцентування уваги на фізичних аспектах характеру індивідуума, особливо на хронічних мускулатурних зажимах, які автор узагальнив у понятті “м’язовий панцир” [1; 6, с. 173].

В. Райх розробив теорію м’язового панцира, об’єднавши постійне м’язове напруження у тілі людини з її характером і типом захисту від хворобливого емоційного досвіду. На його думку, хронічні м’язові зажими блокують три основні емоційні стани: тривожність, гнів і сексуальне збудження. М’язовий панцир заважає людині переживати сильні емоції, обмежує і спотворює прояв її почуттів. В основі теорії В. Райха лежить поняття про те, що захисним механізмам, які утруднюють нормальне функціонування людської психіки, можна протидіяти за допомогою прямого впливу на тіло. Автор виділяє власні аналітичні інтерпретації, які називає “аналізом характеру”, безпосередній вплив на захисну мускулатуру називає “вегетотерапією” і аналізом характеру в області біофізичного функціонування [1].

Основну перешкоду для особистісного зростання В. Райх вбачав у захисному м’язовому панцирі, який заважає людині жити повноцінним життям у гармонії з оточуючими людьми і природою. Він виділив сім сегментів м’язового панцира, які охоплюють тіло: 1) область очей; 2) рот і щелепа; 3) шия; 4) груди; 5) діафрагма; 6) живіт; 7) таз [1].

Розслаблення м’язового панцира звільняє значну лібідозну енергію і допомагає процесу психоаналізу. В. Райх розробив спеціальну терапевтичну методіку, що дозволяє знизити хронічне напруження певних груп м’язів і, таким чином, вивільнити емоції, які стримувалися цим напруженням. Він детально аналізував позу та фізичні звички клієнтів, щоб допомогти їм усвідомити, як вони пригнічують життєві почуття у різних частинах свого тіла. В. Райх

пропонував клієнтам підсилювати певний зажим, щоб краще усвідомити його і виявити емоцію, яка пов'язана з цією частиною тіла. Лише після прийняття та вираження емоції, яка раніше пригнічувалася, можлива повна відмова клієнта від власного зажиму. Поступово, у практичні діяльності В. Райх почав безпосередньо працювати із защемленими м'язами, розминаючи їх руками, задля сприяння вивільненню затиснутих у них емоцій. Якщо прослідкувати динаміку розвитку уявлень В. Райха, то можна відмітити, як вони розвивалися від аналітичної роботи (словесне мовлення), до дослідження психологічних і соматичних аспектів характеру і м'язового панцира, а потім виключно до акценту на роботі із м'язовим захисним панциром, спрямованій на забезпечення вільного протікання біологічної енергії в організмі.

До основних термінів В. Райха відносяться:

**Характер.** За В. Райхом, характер складається із двох основних компонентів: вроджених установок щодо оточуючого світу, та реакцій на різноманітні ситуації. До нього також входять психологічні установки і цінності, стиль поведінки (сором'язливість, агресивність і т.д.), фізичні установки (поза, звичка триматися і рухатися, володіти власним тілом). Форма поведінки є набагато суттєвішою за слова клієнта. Слова можуть брехати, а спосіб вираження ніколи не бреше. Поняття характеру вперше з'явилося у роботі З. Фрейда "Характер і анальний еротизм" (1908 р.). В. Райх розробив це поняття і був першим аналітиком, який інтерпретував природу і функції характеру у роботі з клієнтами, замість аналізу симптомів [4; 7; 8].

**Характерний панцир.** В. Райх вважав, що характер формується як певна захисна структура проти тривоги, яка виникає у дитячій свідомості. Тривога є наслідком інтенсивних сексуальних переживань, що супроводжуються страхом покарання. Перша захисна реакція спрямована на пригнічення цих переживань, які з часом починають стримувати сексуальні імпульси. Оскільки захисні механізми поступово активізуються і починають діяти автоматично, то вони, згодом, набувають стійких рис характеру, утворюючи систему характерного панциру індивіда. Характерний панцир включає у себе всі регресивні захисні сили [7].

Характерні риси не є невротичними симптомами. Симптоми невроту (такі, як ірраціональні страхи і фобії), на думку В. Райха, переживаються індивідумом як зовнішні, чужі елементи психіки,

тоді як невротичні риси характеру (хвороблива акуратність та сором'язливість) розуміються індивідом як невід'ємна складова власної особистості. Захисні механізми особистості важко викоринити, тому що вони добре раціоналізовані індивідом і переживаються ним як частина його самооцінки [7].

**Генітальний характер.** Термін генітальна особистість З. Фрейд використовував для позначення кінцевого рівня психосексуального розвитку індивіда. В. Райх використовував даний термін для означення людей із оргастичною потенцією. Оргастична потенція, за В. Райхом – це здатність віддатися потоку біологічної енергії безперешкодно, здатність до повної розрядки накопиченого сексуального збудження за допомогою мимовільних конвульсій власного тіла, які приносять задоволення. У практичній роботі В. Райх побачив, що по мірі ослаблення панциру клієнтом та нарощення оргастичної потенції, багато сторін невротичного функціонування змінюються самі собою [4; 7].

Людину, яку на думку В. Райха можна назвати генітальною особистістю, характеризують не переобтяженість панцирем системи психологічного захисту, а здатність захищати себе від небезпеки та ворожого оточення, тобто у потрібний момент створити такий панцир. Проте, створення панциру відбувається свідомо, у випадку його недоцільності, особистість діє без нього. Генітальна особистість – це людина, яка пропрацювала свій Едіповий комплекс таким чином, що у неї зникла будь-яка необхідність звертати на нього увагу, чи пригнічувати його. Супер-Его стає “сексостверджуючим”, настає загальна гармонія між ним та іншими важливими компонентами особистості Ід. Генітальна особистість здатна вільно переживати оргазм, звільняючись від надлишку Лібідо. Клімакс у таких особистостей характеризується повною віддачею власної сексуальності і не стримуваними довільними рухами; рухи людини, закованої у панцир є неприродними, носять примусовий характер [7].

**Біоенергія.** У роботах, присвячених м'язовому панциру, В. Райх виявив, що розслаблення хронічно напружених м'язів часто супроводжується дивними фізичними відчуттями: відчуття сильного тепла чи холоду, поколювання, зуд та емоційне збудження. Такі відчуття виникають у результаті руху звільненої біологічної енергії, або біоенергії – енергії оргону. Мобілізація і звільнення біоенергії є істотними стадіями процесу сексуального збудження і оргазму. В. Райх назвав цей процес “формулою оргазму”, який є характерним



для всіх живих організмів і складається із чотирьох основних етапів: механічне напруження (наповнення статевих органів рідиною), біоенергетичний викид (подальше інтенсивне збудження), біоенергетичний викид (перехід сексуального збудження у м'язові скорочення), механічна релаксація (подальше фізичне розслаблення). Повноцінний викид можливий лише у людей без захисного панциру [7].

**Енергія оргону.** За баченням В. Райха, біоенергія у живих організмах є різновидом космічної енергії, присутньої у всіх об'єктах. Саме для позначення цієї енергії – енергії оргону, В. Райх взяв за основу два слова – організм і оргазм. В. Райх вважав, що оргазм регулює енергію організму. За здорового функціонування оргонна енергія утворює вільні потоки. По тілу людини енергія оргону рухається вгору і вниз, паралельно хребту. Космічна енергія оргона діє в живому організмі як особлива біологічна енергія, яка керує діяльністю всього організму, проявляється в емоціях та біофізичних рухах органів. Енергія оргону має наступні властивості: не має маси, ваги і не підкоряється закону інерції; вона присутня всюди (у різній концентрації), навіть у вакуумі; є провідником електромагнітних і гравітаційних сил, є основою багатьох природних явищ; знаходиться в постійному русі та ін. [7].

Рух оргонної енергії може блокуватися. Це відбувається коли людина не виражає вільно свої почуття і, в результаті, вони витісняються у безсвідоме. Блокування оргонної енергії заважає спонтанним проявам людини у будь-якій сфері життєдіяльності. Ціль психотерапії В. Райха – допомогти клієнту використати можливість вільної (здорової) реалізації організмичної потенції.

## 9.2. Генеза неврозу

В. Райх присвятив ряд робіт вивченню неврозів і біологічній енергії людського організму. Він розширив теорію Лібідо З. Фрейда, включивши в неї всі основні біологічні і психологічні процеси. Задоволення В. Райх розглядає як вільний рух енергії із серцевини організму до периферії і у зовнішній світ. В. Райх вважав, що характер людини включає постійний патерн захистів. З початку цей патерн описується В. Райхом за допомогою психологічних термінів,

потім почали долучатися різні форми характерних опорів із специфічними патернами мускульного панцира [1].

Хронічні м'язові зажими блокують 3 основні емоційні стани: тривожність, гнів і сексуальне збудження. В. Райх прийшов до висновку, що м'язовий і психологічний панцир – одне і те саме. Панцир характеру виявляється функціонально тотожним із перенапруженням м'язів, м'язовим панциром. Тобто, м'язові патерни і риси характеру слугують одній і тій самій функції психічного апарату: вони можуть впливати один на одного і замінити один одного. По суті вони не можуть бути розділеними, тому що функціонально є тотожними. Хронічне напруження блокується енергетичними потоками, які знаходяться в основі сильних емоцій [1].

Захисний панцир не дає людині можливості переживати сильні емоції, обмежуючи і спотворюючи вираження почуттів. Емоції, заблоковані таким чином, ніколи не усуваються, тому що не можуть повністю проявитися. Ці блоки (м'язові зажими) спотворюють і руйнують природні почуття, зокрема пригнічують сексуальні відчуття, заважають повноцінному оргазму. У результаті застою сексуальної енергії виникає невроз. За В. Райхом, повне звільнення від заблокованої емоції відбувається лише після її глибинного переживання. Тому, ліквідація сексуального застою можлива лише за допомогою оргастичної розрядки, яка і усуває будь-які невротичні прояви [1].

В. Райх вважав, що лікування неврозів і вирішення багатьох психологічних проблем клієнтів можуть відбуватися значно швидше і без такого глибокого проникнення в психіку, як це робиться у класичному психоаналізі. Для цього достатньо зняти з людини м'язовий панцир неадекватного напруження і тим самим звільнити пов'язану ним енергію, яка поки що знаходиться під панциром і не має прямого виходу. Ця енергія носить руйнівний характер для індивіда, а саме посилює неврози та інші психологічні проблеми. Чітке і ширше усвідомлення клієнтом власних тілесних відчуттів створює психотерапевтичний ефект, який знімає багато невротичних станів і проблем [5].

### 9.3. Техніки характерологічного аналізу

В. Райх вважав, що м'язовий панцир не дає людині можливості переживати сильні емоції, обмежує і спотворює вираження її відчуттів. У зв'язку з цим, автор особливу увагу приділяв роботі із захисними механізмами, які ускладнюють нормальне функціонування людської психіки, за допомогою прямого впливу на тіло [1].

Так, В. Райх виділяє наступні основні області виникнення м'язового панцира (зверху вниз): області очей, рота, шиї, грудей, діафрагми, живота і тазу. Відповідно до концепції тілесної терапії, так звана оргонічна/оргонна енергія переміщується по тілі паралельно до хребта то вниз, то вгору, а кільця м'язового панцира утворюються перпендикулярно цьому руху і заважають йому своїми зажимами. Усунення цих зажимів, їх розслаблення сприяє отриманню людиною комфорту і задоволення, у тому числі і сексуального [5].

В. Райх пропонує наступні основні способи розслаблення кілець м'язового панцира [5]:

- за допомогою глибокого дихання, яке сприяє акумуляції в тілі оргонічної енергії;

- розслаблення хронічних зажимів (кілець м'язового панцира) за допомогою фізичного впливу, різних елементів масажу;

- спільний з клієнтом аналіз, який допомагає йому усвідомити основні ідеї тілесної терапії стосовно його конкретного випадку.

Наведемо класичні приклади застосування техніки усунення м'язового панцира.

**Область очей.** Типовими ознаками м'язового панцира в області очей вважаються: нерухомість м'язів лоба, порожнє (неживе) вираження очей (як в учня, який вступився у вікно або навіть на викладача, а думає про своє), або “бігаючий погляд”. Для усунення даного зажиму клієнта просять неодноразово напружувати м'язи лоба і повік за допомогою розкриття очей якнайширше, неначе ви хочете зобразити страх. Потім відпрацьовуються все більш природні і вільні рухи очей з одного боку в інший; рухи очей по колу (за часовою стрілкою й проти неї) [5; 7].

**Область рота.** Ця область м'язового панцира, який, відповідно до психоаналітичної фрейдівської термінології, В. Райх назвав оральним сегментом, і складається з м'язів підборіддя, горла і потилиці. Ознакою неадекватного стану даного сегменту є м'язи щелепи (за якими легше спостерігати). Вони можуть бути або

надмірно напруженими, або, навпаки, дуже розслабленими. Обидві ознаки говорять про неадекватність стану м'язової області орального сектору. Вважається, що дана область м'язового панцира містить у собі “закодовані” в неадекватному м'язовому стані такі вираження емоцій, як гнів, крик, плач, радість, здивування, кусання, смоктання, гримаси і т.д. Для звільнення від даного м'язового зажиму або парадоксального розслаблення (а значить, і відповідних до нього емоцій) застосовуються такі вправи, як імітація плачу, з покусуванням і навіть блювотними рухами, багатократного промовляння звуків, які змушують губи сильно напружуватися і розслаблятися. До цього додається і безпосередній фізичний вплив на ці м'язи у вигляді різних елементів косметичного масажу, пощипування і розтягування [5; 7].

**Область шиї.** В область шиї включаються глибинні м'язи шиї, а також мовлення. Вважається, що м'язовий панцир цієї області як би стримує (містить в собі в закодованому стані) такі емоційні прояви, як плач, крик, гнів, азарт і т.д. Оскільки фізичний вплив за допомогою масажу на глибинні м'язи шиї практично неможливий, тому тут використовуються вправи тілесної терапії у вигляді імітації блювотних рухів, різні максимально природні і спонтанні вигуки, стони та інші емоційні вирази, які зазвичай стримуються людиною.

Відповідно до тілесно-орієнтованої терапії такі вправи сприяють розслабленню м'язів даного сегменту і відповідно усуненню або значному зменшенню тих емоційних станів, які в них “закодовані” [5; 7].

**Ділянка грудей.** В цю область входять м'язи грудної клітки, плечей, лопаток, рук (по кисті). Вважається, що ця область м'язового панцира утримує зовнішній прояв, а значить, і розрядку таких емоцій, як пристрасть, сміх, гнів, сум та ін. Оскільки однією із зовнішніх ознак м'язового панцира в цій області і придушення відповідних емоцій є різні види заборони дихання, то і робота над зняттям даного зажиму починається з дихальних вправ із акцентуванням на максимально повному розслабленні м'язів цього сегменту в момент повного видиху. Потім підключаються активні рухи рук і кистей клієнта з імітацією влучних ударів. Психотерапевт дає завдання клієнту, аби той не стримував свої емоції, робив активні рухи, неначе когось б'є, душить, або ж щось рве на шматки [5; 7].

**Область діафрагми.** До цієї області м'язового панциру входять м'язи діафрагми, район сонячного сплетення, внутрішні

органи, а також м'язи нижніх хребців. Вважається, що характерною ознакою наявності м'язового панциру в цій області (тобто – несвідомої захисного напруження) є прогнутість хребта вперед, яку виразно видно, коли клієнт лежить на спині на кушетці і у нього між спиною і кушеткою залишається чітко виражений проміжок. Іншою ознакою зажиму в цій області може бути свідчення клієнта про те, що його видих дається важчим, ніж вдих [5; 7].

В. Райх стверджував, що м'язовий панцир в цій області утримує (і, відповідно, накопичує) прояв сильного гніву. Прикладом вправ, які допомагають усунути зажими даного сегменту спочатку застосовуються різні вищезазначені види цілеспрямованого розслаблення, масаж і т.д. для звільнення від панцира перших чотирьох основних областей локалізації м'язового панциру: очей, рота, шиї та грудей. І лише після цього (зверху – вниз, а потім – вглиб) можна взятися до роботи над панциром, який стримує розслаблення м'язів діафрагми і розрядку закодованих в цьому панцирі, невідреагованих емоцій. Це здійснюється за допомогою кропіткої і тривалої роботи над спеціальними дихальними вправами та імітацією блювотного рефлексу. (Практика тілесно-орієнтованої терапії показує, що клієнти з міцним м'язовим панциром в області діафрагми в більшості випадків не можуть викликати реальну блювоту, навіть якщо це необхідно, наприклад при отруєнні) [5; 7].

**Ділянка живота.** В цю область входять головним чином широкі м'язи живота і м'язи спини. Вважається, що панцир (зажими) поперекових м'язів утримує в собі (але зовсім не усуває) прояв страху. Причому не страху взагалі, а страху нападу, як прямого фізичного, так і непрямого: психологічного, посягання на права, свободу особистості, власність і т.д. На думку тілесних психотерапевтів, м'язовий панцир на бічних м'язах талії асоціюється з придушенням злості, ворожості і боязню лоскоти. Практика показує, що усунення зажимів в області м'язів живота не займає тривалого часу за умови, якщо вже була проведена робота по розкриттю панцира (по напрямку зверху вниз) у всіх попередніх областях накопичення психом'язового напруження. Вправи спрямовані на зняття даного зажиму акцентують увагу на максимально повному розтягуванні (у різні боки) м'язів цього сегменту [5; 7].

**Область тазу.** Остання з основних областей, яку виділив В. Райх, типових для утворення м'язового панцира, це – область м'язів тазу. Зазвичай цей панцир захоплює одночасно і м'язи нижніх

кінцівок. Показником фортеці м'язового панцира в цій області вважається деяке випинання тазу назад, і чим міцніший м'язовий захим, тим більше таке випадання. У цих випадках, як правило, спостерігається певна хворобливість і напруженість м'язів сідниць. Використовуючи слова В. Райха, такий таз ригідний (несхильний до природної динаміки варіацій м'язового тону), мертвий і несексуальний. Вважається що м'язовий панцир в області тазу характеризує (і у свою чергу підсилює) придушення тенденцій до прояву природної потреби в отриманні задоволення і спонтанного вираження гніву [5; 7].

В. Райх, говорячи про м'язовий панцир, виходив з того, що він завжди виникає в результаті збудження або тривожності, які виникають в наслідок придушенням прагнень до отримання сексуального задоволення. На основі такого підходу витікає, що звільнення від гніту, неможливості задоволення цього основного (за З. Фрейдом) інстинкту може здійснюватися за допомогою цілеспрямованої розрядки гніву та інших сильних емоцій, які стримуються саме в тазовій області шляхом повного розслаблення м'язів. Фізично процедура такої розрядки виглядає досить примітивно, але, за твердженням практиків тілесної терапії та їх клієнтів, часто приносить швидкий і необхідний ефект. Це вправа, спрямована на повне розслаблення тазових м'язів, полягає в тому, що клієнт, який лежить на кушетці, неодноразово напружує м'язи тазу, а потім різко розслабляє їх, брикаючи ногами і вдаряючи тазом об кушетку [5].

Тілесно-орієнтовані психотерапевти та їх клієнти стверджують, що по мірі отримання навичок звільнення від раніше неусвідомлюваної тілесного напруження, а потім і повного звільнення від м'язового панцира у людей не лише виникає відчуття внутрішньої свободи, але й принципово змінюється відчуття життя, а відповідно з цим життєвий стиль [5].

Енергія, яка раніше пригнічувалася, вивільняється задля її корисного або приємного застосування, пробуджує дремаючі здібності і розширює коло життєвих інтересів. Люди перестають себе обдурювати щодо своїх дійсних відчуттів та емоцій і починають жити реальним життям, з глибокими і щирими природними переживаннями та їх проявами, а це – ознака психічного оздоровлення [5].

#### 9.4. Результат психотерапевтичного впливу

У клієнта тілесноорієнтованого терапевта, з мірою отримання навиків відбувається звільнення раніше неусвідомлюваної тілесної напруги, а потім й повне звільнення від м'язового панцира, виникає відчуття внутрішньої розкнутості та свободи, докорінно змінюються життєві відчуття, і відповідно весь життєвий стиль [5]. Людина не лише звільняється від перебільшених і недоречних зажимів, а й навчається бути врівноваженою, співвідносити самоконтроль й свободу самовираження, здійснювати цілеспрямовану поведінку.

Енергія, яка раніше сковувала людину, вивільняється задля її корисного або приємного використання, пробуджує дремаючі здібності і розширює коло життєвих інтересів. Людина перестає себе обдурювати щодо власних актуальних відчуттів та емоцій, починає жити реальним життям з його глибокими і щирими природними переживаннями та їх проявами, що за баченням В. Райха є ознакою психічного оздоровлення клієнта [5].

#### Висновки

В. Райх був першим аналітиком, який інтерпретував природу і функції характеру у роботі із клієнтами. Він підкреслював важливість звернення уваги на фізичні аспекти характеру індивіда, особливо на хронічні мускульні зажими – м'язовий панцир. В. Райх розробив теорію “м'язового панцира”, поєднавши постійне м'язове напруження у тілі людини із її характером і типом захисту від хворобливого емоційного досвіду.

На думку В. Райха хронічні м'язові зажими блокують три основні емоційні стани: тривожність, гнів і сексуальне збудження. В основі теорії В. Райха лежить поняття про те, що захисним механізмам, які утруднюють нормальне функціонування людської психіки, можна протидіяти за допомогою прямого впливу на тіло.

Приділяючи основну увагу завданню руйнування блоків, які сковують наші емоції, В. Райх дещо переоцінював роль формування панцира і опору індивіда. Людську особистість він описував майже виключно термінами, які використовував при описі панцира. Для В. Райха особистість людини є панциром, який сформувався завдяки хронічному “затвердінню” нашого Его. Сенс і призначення панцира

полягає у захисті людини від внутрішніх і зовнішніх небезпек.

Теорії В. Райха в області терапії і психологічного вдосконалення людини здебільшого прості і ясні, як і його терапевтичні прийоми. Він залишив по собі значний об'єм клінічних і експериментальних матеріалів, хоча і до цього дня його ідеї залишаються дещо суперечливими, щоб отримати широке розповсюдження і визнання. Проте інтерес до його концепції людського тіла збільшується, і збільшення кількості тілесно-орієнтованих досліджень є однією із найбільш хвилюючих можливостей для майбутнього психології. Розроблені В. Райхом методики дихання, емоційного розслаблення, посилення напруження у заблокованих областях тіла лягли в основу створених його учнями біоенергетики О. Лоуена і структурної інтеграції І. Рольф. Можна стверджувати, що В. Райх виявився піонером в області психології тіла і орієнтованої на тіло психотерапії.

### **Питання для самоконтролю**

1. Розкрийте суть характерологічного аналізу В. Райха.
2. Проаналізуйте основні поняття, які використовував В. Райх.
3. Яка генеза неврозу в характерологічному аналізі?
4. Опишіть сегменти м'язового панцира.
5. Наведіть приклади вправ, які В. Райх пропонує для зняття м'язового панцира в області: очей; рота і щелепи; ший; грудей; діафрагми; живота; тазу.

### **Література**

1. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
2. Психотерапия : учеб. [для студ. мед. вузов] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 536 с. – (Национальная медицинская библиотека).
3. Райх В. Анализ личности / Райх В. ; пер. с англ. С. Ю. Романюк и др. – СПб. : Ювента, 1999. – 333 с.



4. Райх В. Анализ характера / Райх В. ; пер. с англ. Е. Поле. – М. : Апрель Пресс ; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 528 с. – (Психологическая коллекция).
5. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
6. Рудестам К. Групповая психотерапия / Рудестам К. – [2-е изд.]. – СПб. : Питер, 2006. – 384 с. – (Золотой фонд психотерапии).
7. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.
8. Reich W. The Function of the orgasm. Sex-economic problems of biological energy / Reich W. – New York, 1964.



**Олександр Лоуен**  
**Alexander Lowen**

**(1910 -2008 р.)**

Працював юристом у м. Нью-Йорк, має ступінь доктора права. Знайомство з В. Райхом (австро-німецький лікар, психіатр, психоаналітик, засновник неофрейдизму і характерологічного аналізу) у 1940 р. спонукало О. Лоуена отримати спеціальність лікаря і стати психотерапевтом. Він був клієнтом В. Райха і одночасно навчався у нього протягом 12 років. Ступінь доктора медицини О. Лоуен отримав у Європі. Коли він розпочав клінічну практику, тоді відчув

необхідність розширити цілі психотерапії, а саме підвищити життєвість організму і якості життя. У 1953 р. О. Лоуен організував міжнародний інститут біоенергетичного аналізу, а в 1995 р. залишив пост президента цього інституту.

О. Лоуен написав і видав наступні книги: “Фізична динаміка структури характеру” (1958), “Любов і оргазм” (1965), “Зрадництво тіла” (1967), “Задоволення” (1970), “Депресія і тіло” (1975), “Біоенергетика” (1975), “Шлях до резонуючого здоров’я. Посібник з біоенергетичних вправ” (1977), “Страх життя” (1980). “Нарцисизм” (1983), “Любов, секс і Ваше серце” (1988), “Духовність тіла” (1990).

## РОЗДІЛ 10. БІОЕНЕРГЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ О. ЛОУЕНА

### 10.1. Суть біоенергетичного аналізу

Біоенергетичний аналіз входить у групу технік тілесно-орієнтованого підходу, в рамках якого тіло і процеси, які в ньому відбуваються, виступають однією із головних “мішеней” психотерапії. Клієнт в терапії аналізується не лише за своєю “психологічною частиною” (думками, емоціями, поведінкою, сновидіннями, фантазіями і т.д.), але і за тілом. Така цілісність підходу до людини є продуктивною якістю тілесно-орієнтованої терапії [1, с. 225].

О. Лоуен, стверджував, що умови життя фруструють людину, закривають її серце до життя і любові. У результаті людина не може проявляти свою любов – канали її експресії заблоковані. У загальному сари блокувань можуть бути представлені таким чином: любов (4 шар), що прагне назовні і фрустрована, викликає комплекс негативних емоцій – 3 шар (лють, переляк, розпач, сум і страждання). Ці емоції є соціально неприйнятними і підлягають, як і любов, подавленню (або витісненню). Одним із найефективніших способів подавлення емоції на рівні тіла (а емоція – соматично-зацікавлений процес) – м’язові напруження, які становлять м’язовий панцир (2 шар), наприклад, напружене горло стримує крик і плач. Хронічне м’язове напруження стає звичними і не усвідомлюється. Блокуватися можуть різні м’язи – м’язи рота, горла, шиї, грудей, талії, і т.д. Хронічно напружені м’язи утримують у собі енергетику подавленого імпульсу. Є ще один спосіб боротьби з експресією емоцій – механізми психологічного захисту (1 шар): заперечення, недовіра, обвинувачення, проєкція, раціоналізація та інтелектуалізація [1, с. 225-226].

Стійкі захисти особистості утворюють її характер. Відповідно до теорії біоенергетичного аналізу існує 5 головних характерологічних структур: шизоїдна, оральна, нарцистична, мазохистська і ригідна. Ці типи характеру є специфічними формами лібідозної фіксації [1, с. 227]. Кожному типу характеру є властивим особливий внутрішній конфлікт. Для шизоїдного типу це боротьба між існуванням і потребою; для орального – між потребою і незалежністю, для психопатичного – між незалежністю і близькістю, для мазохистського – між близькістю і свободою, для ригідного – між свободою і взаємністю у любові [2, с. 235].

Біоенергетичний аналіз проводиться на всіх рівнях: на рівні 1 шару (шар Его, механізми психологічного захисту) – це аналіз характеру, вільних асоціацій, обмовок, робота з переносом і т.д. (тобто аналітична робота); на рівні 2 шару (шар м'язового напруження) – специфічна робота зі зняття тілесних блоків; на рівні 3 шару (шар негативних емоцій) – катартичні техніки (плач, крик, удари в кушетку, кусання рушника і т.д.). Тілесна робота та аналітична робота займають приблизно однаковий час [1, с. 228]. М'язові блоки (м'язовий панцир) є тілесним еквівалентом психологічних захистів (характерологічного панцира, 4 шар). У цьому сенсі особливості організації тіла пов'язані із типом характеру. У таблиці 1 наведені особливості тілесної організації при різних типах характеру.

**Таб. 1. Тілесна організація при різних типах характеру**

Тип характеру	Особливості тілесної організації
<b>Шизоїдний</b>	Відсутній зв'язок між верхніми і нижніми, правими і лівими частинами тіла. Тіло – лише нежива основа для голови, яка не має свого особливого життя. Відсутність пропорційності або гармонії верхніх і нижніх частин тіла. Часто подовжена шия. Головні частини тіла (голова, шия, тулуб, ноги) не знаходяться на одній лінії: ця лінія викривлена в сагітальній площині (від лат. <i>sagitta</i> – стріла, умовна площина, що проходить вертикально і горизонтально тілом). Як правило, ноги повністю випрямлені у колінах: відсутність пружності ходи, опори під ногами. Дискоординація.
<b>Оральний</b>	Худорлявість, недорозвиток мускулатури. Відсутнє відчуття опори під ногами. Сильне напруження м'язів плечового поясу і ніг, як попередження падінню.
<b>Нарцистичний</b>	Надмірний розвиток верхньої половини і відносна слабкість нижньої частини тіла. Сильне напруження м'язів ніг і спини.
<b>Мазохистський</b>	Важке тіло; добре розвинена мускулатура, порушення постави (ніби зігнувся). Сідниці підтягнуті вперед і зажаті (установка пасивності і покори).

<b>Ригідний</b>	Випрямлене тіло, підтримується ригідністю м'язів спини. Відсутня пружність ніг, напруження у нижній частині хребта. Таз дещо відставлений назад.
-----------------	--

Аналіз тілесної організації дозволяє отримати додаткову інформацію про характерологічні особливості і стійкі стильові захисні утворення особистості. Первинна природа тіла проявляється у грації та красі; тіло м'яке, тепле і пружне. Пружність проявляється у тому, що коли ми надавлюємо на м'яз (живота, стегна, і т.д.) – він не тверда, як камінь, і не “кисіль”. Напружений або млявий м'яз є свідченням його блокування. М'язи блокуються у зв'язку із необхідністю стримувати (подавляти) емоційну експресію. Часті та регулярні фізичні покарання (удари по сідницях) блокують сідниці, і вони зрушуються вперед (значно частіше це зустрічається у чоловіків та, як правило, пов'язане з розладами еякуляції). Сексуальні провокації й насильство також блокують таз, роблять його нерухомим, при цьому часто напружуються м'язи стегон. Важкий низ – це, як правило, блокована тазова область, сідниці й стегна свідчать про сексуальні проблеми (у жінок – аноргазмії, які дуже часто попадають в розряд конституціональних, терапевтично резистентних; у чоловіків – проблеми з ерекцією або еякуляцією). Раннє відлучення від грудей блокує горло (придушення крику і плачу дитини), це відчуття відоме при розставанні з коханою людиною. Блок кругових м'язів ока з підключенням м'язів чола придушує сльози (сухий плач). Часто трапляється, що люди з подавленням (безслізним) плачем страждають звичними головними болями (насамперед в області чола). Батьки дуже часто не приймають гнів дитини – у результаті блокуються м'язи, пов'язані із забезпеченням удару: м'язів плечей, задньої частини шиї і верхньої частини спини. У деяких випадках напруження зазначених м'язів настільки сильне, що призводить до функціональних обмежень рухів і болючого синдрому. Може блокуватися і живіт, як спосіб подавлення суму (експресію суму у формі плачу із риданням) і сексуальність. О. Лоуен розглядає хронічне захворювання кишечника як плач кишечником при напруженому животі. Природно, що блокуються і груди, перекиваючи любов. Блокуватися може практично будь-який м'яз. При інтенсивному промацуванні такий м'яз є досить хворобливим; може виникати й інший еквівалент блоку – відчуття лоскоти. При блокуванні талії таз і стегна

стають надзвичайно чутливими до дотику (гіперестезія) або, навпаки, зовсім не чутливими (анестезія) [1, с. 229-230].

Любий м'язовий блок – це блок енергетичних потоків в організмі. Особистість в біоенергетичному аналізі розглядається у вигляді піраміди (рис. 10.1.), в основі якої лежать енергетичні процеси, які спонукують людину до дії. Дія породжує почуття, почуття – думки. Пунктирна лінія між різними рівнями особистості вказує на взаємозалежність шарів. Блокування енергетичних потоків в організмі послаблюють життєвість тіла, глибину почуттів і думок. Тіло губить граціозність – рух тепер здійснюється окремими, ніби не пов'язаними між собою частинами тіла, він не є єдиною хвилею цілого організму. При зниженні рівня енергії у тілі знижується лібідо, апетит, загальна рухливість, емоції згладжуються, втрачають піки [1, с. 230].



*Рис. 10.1. Ієрархія особистості*

М'язові блоки змінюють природне дихання – воно стає більш поверхневим. Блокування грудей перекриває грудне дихання, з'являється вдих і видих драбинкою. Драбинка – це результат свідомого поглиблення вдиху і видиху, пов'язаного з “підстьогуванням” ригідних м'язів грудей. Блокування живота перекриває черевне дихання. Часто блокується діафрагма, і тоді дихання не входить у живіт. Блоковане дихання знижує рівень споживання кисню, а у зв'язку із цим – швидкість метаболічних перетворень і загальний рівень енергетики. Природне дихання починається на рівні носа (рота) і закінчується внизу живота, поєднуючи голову, груди і таз через живіт. Вільний таз робить легкі, ледь помітні рухи при диханні: при вдиху іде назад, немов

заряджається, як лук, а на видиху – розряджається, іде вперед. Живий таз – це таз, який рухається не у сагітальній площині (хода кокетки, що ставить стопи на одній лінії), а у фронтальній (вперед – назад). Організм у цьому випадку є цілісним: усі основні частини тіла пов'язані між собою. Окрім того, психологічні проблеми (стреси, конфлікти, фрустрації і т.д.) “сідають” на тіло, яке може стати дисоційованим, розщепленим на три не пов'язаних між собою області: голову, грудну клітину і таз. Існує багато людей, у яких голова не “з'єднана” із серцем, а серце з геніталіями. У всіх цих випадках можна виявити напругу м'язів шії й талії (як єднальних ланок), що обмежує рух енергії між головними частинами тіла [1, с. 231-232].

Ще одне важливе поняття біоенергетичного аналізу – поняття заземлення, або укорінення. Метафора людини – це дерево. Людина пов'язана із землею ногами, які, як корінь рослин, роблять цей зв'язок міцним. Тому дуже важливо діагностувати, як людина стоїть на ногах, або, інакше кажучи, укорінена вона чи ні. Укорінення надає почуття безпеки (почуття ґрунту під ногами). Це питання не про силу ніг, а про відчуття в них. Сильні ноги можуть підтримувати механічно. Відсутність впевненості в ногах може компенсуватися розвиненою мускулатурою ніг. Найбільш явною ознакою недоліку заземлення є тенденція стояти із заблокованими коліньми – ноги повністю випрямлені в колінних суглобах. Коліна у цьому випадку не виконують функцію амортизаторів. На рисунку 10.2. показані заблоковані коліна. Якщо вага тіла переноситься на п'яти, то людина також погано стоїть на ногах: їй досить легко штовхнути в груди, щоб вона втратила рівновагу [1, с. 232].



**Рис. 10.2. Заблоковані коліна**

Людина повинна усвідомлювати свою звичну позу, і зокрема те, як вона стоїть на ногах, зв'язок цієї пози з її характерологічними особливостями. Так, жінка, яка стоїть на випрямлених ногах, перенісши вагу тіла на п'яти, таким чином своєю позою виражає свої проблеми: “Я погано стою на ногах, я не впевнена у собі, мені важко відмовити чоловіку” (легкість падіння) [1, с. 234].

Низький підйом стопи часто зустрічається в осіб з фізичними та емоційними перевантаженнями. Високий підйом (пташині ноги), як правило, зустрічається у людей, які виховуються неприступною або недружелюбною матір'ю (їм незатишно з матір'ю, і вони змушені триматися “над землею”, як символом матері, – немає контакту з матір'ю).

Вага тіла при укоріненні переноситься вперед, і центр ваги перебуває посередині між п'ятою і великим пальцем (десь в основі пальців) (рис. 10.3.). Відсутність нахилу вперед – це часто пасивна позиція в житті. Якщо нахилу вперед немає і коліна заблоковані, а верхня половина готова до атаки (підняті і ледве зрушені вперед плечі), то це свідчить не про щирість, а про псевдоагресію, яка має захисний характер. Окрім усвідомлення свого способу стояння на ногах важливо, щоб клієнт став почувати свої стопи і їхній контакт із землею. Для цього пропонуються спеціальні вправи.



*Рис. 10.3. Укорінена людина*

Таким чином, біоенергетична терапія поєднує психоаналітичну роботу з роботою над тілом. У результаті терапії змінюється структура тіла: ліквідовуються м'язові зажими, змінюється постава, нормалізується дихання, людина стає укоріненою [1, с. 235].



## 10.2. Генеза неврозу

О. Лоуен, надаючи важливого значення сексуальності, особливе місце відводить серцю – органу любові. Людина приходить у світ для любові і за любов'ю. Разом з тим досить часто умови, в яких виховується дитина, є такими, що її серце “перекривається” до тепла і любові. У результаті доросла людина не в змозі встановити із партнером глибокі стосунки психологічної інтимності, які базуються на любові. Любов блокується як на психологічному рівні – рівень переживання і вираження (експресії), так і на тілесному рівні – виникає хронічне напруження, тіло стає ригідним [1, с. 226; 2, с. 227].

Нереалізована потреба в любові викликає різноманітні негативні емоції. Це відбувається внаслідок того, що близькість батька до дитини табувалася, а спроби дитини добитися від батька теплих почуттів поєднувалися із палітрою таких негативних емоцій як страх, гнів, відчай і біль. Саме в основі порушення дитячо-батьківських стосунків лежать психологічні травми. О. Лоуен описує п'ять видів таких травм: відторгнення, покинутість, зваблення, подавлення, фрустрація. Ці інфантильні травми визначають відповідні їм типи характерологічних структур – шизоїдну, оральну, психопатичну, мозахистську, ригідну [2, с. 228].

**Шизоїдна характерологічна структура** має тенденцію до розщеплення і дисоціації, мислення ізольоване від почуттів. Генеза цього характеру – неприйняття дитини матір'ю вже з перших днів її життя. Основне базове переконання шизоїда – “світ чужий”, “мені незатишно у світі”. Звідси ізольованість і відчуженість від світу як ключові риси шизоїдної особистості. Вони являють собою захисні утворення, пов'язані із вирішенням дитиною ранньої постнатальної проблеми – проблеми безпеки. Шизоїд уникає близьких стосунків (боїться повторення дитячої травми), втікає від реальності у світ фантазій, заміщує емоції інтелектом, тому поведінка шизоїда, вільна від емоційних переживань, називається поведінкою “ніби” – “ніби люблю”, “ніби живу” та ін. [1, с. 227; 2, с. 232; 10; 14, с. 175].

**Оральна характерологічна структура** походить із депривації турботи і підтримки в ранньому дитинстві та асоціюється з покинутістю. Один з варіантів генези цього характеру – кормління дитини точно за годинником: дитина хоче їсти, а її витримують (нехай кричить – розвиває голос), привчаючи до порядку. Такий “оральник” все життя відчуває безпорадність, потребує допомоги, але не вірить у

можливість їх отримання. Від відчуває, що не заслуговує ні любові, ні допомоги, ні підтримки, тому прагне заслужити або купити любов і дружбу. Залежність, несамостійність, сильне бажання отримати підтримку та допомогу, страх бути покинутим – основні риси даного типу характеру. Такі люди схильні прикидатися хворими, щоб привернути на себе увагу, схильні до депресії [1, с. 227; 2, с. 232; 10; 14, с. 175].

**Нарцистична характерологічна структура** формується у сімейній ситуації прихованої еротизації відносин з дитиною (приховане інтимне зваблення). Зваблюючий батько/матір вводить дитину в оману: з однієї сторони, він її зваблює, а з іншої – таке зваблення покликане задовольнити нарцистичні потреби батьків. Батькові (матері) у дійсності немає діла до дитини – вони спрямовані на прив'язування дитини до себе. Зваблюючий батько заперечує потреби дитини у підтримці і фізичному контакті. Тому така дитина у подальшому закриває свої почуття у собі. Дитина заперечує свої почуття до інших (об'єктне лібідо) як спосіб попередження небезпеки інцесту. Лібідо стає нарцистичним, спрямованим на себе. Тому в дитини розвиваються відчуття власної величі та переваги над іншими. Дитина, яка попадає у ситуацію зваблення батьком (матір'ю) протилежної статі, кидає виклик батьку (матері) однойменної статі. Щоб бути прийнятою батьком (матір'ю), дитині слід відмовитися від близьких стосунків із батьком (матір'ю) протилежної статі, а у подальшому – із протилежною статтю загалом, так як стосунки повинні вибудовуватися на раціональній основі, поєднуватися із емоційним дистанціюванням від партнера. Будь-яка спроба відкритися власним почуттям відтворює біль відторгнення зваблюючим батьком (матір'ю) своєї статі у дитинстві – така людина не відчуває свою цінність як чоловіка (жінки). [1, с. 227; 2, с. 232-233; 10; 14, с. 175].

**Мазохистська характерологічна структура** формується у дітей, яким приділяється багато уваги, але які при цьому втрачають волю, і стають повністю залежними від батьків. Любов і прийняття зі сторони матері поєднуються із її сильним тиском: “Матір – домінуюча і така, що жертвує, батько – пасивний і покірний”. Дитина повністю втрачає можливість бути сам собою, мати власні бажання: матір краще знає, що і коли з'їсти дитині, коли піти у туалет і т.д. Дитина знаходиться у ситуації пригнічення зі сторони люблячої і турботливої матері. Основне відчуття мазохіста – відсутність свободи і, як вихід, пошук цієї волі в агресивному опорі, який проявляється, наприклад, у

тому, що дитина не заперечує батькам у проханні зробити уроки і годинами, перебуваючи в кімнаті, не приступить до роботи. Для мазохіста характерною є відома подвійність – ззовні покірність, жертвність, а всередині опозиційність, ворожість, агресивність, прагнення проявити свою думку, набути свободу. Таким чином основна інфантильна травма мазохіста – подавлення [1, с. 228; 2, с. 233; 10; 14, с. 175].

**Ригідний характер** (фалічно-нарцистичний у чоловіків та істеричний у жінок) у своїй генезисі пов'язаний із досвідом приниження батьком протилежної статі у період Едіпового комплексу, коли у дитини наявний сексуальний інтерес до цього батька. Ригідна людина непоступлива, не здатна виявляти згоду та чуйність. Ключовою рисою цього характеру в чоловіків – прагнення бути першим, у жінок – прагнення бути в центрі уваги. Ригідний чоловік є честолюбним, амбіційним, схильним до суперництва і доведення власних переваг, орієнтований на кар'єру, впертий, гордий [1, с. 228; 10; 14, с. 175–176].

Характерологічні типи в чистому вигляді зустрічаються мало: як правило, характер являє собою суміш двох і більше типів. Крім того, конкретну людину повністю зрозуміти в рамках одного характерологічного типу не можливо. Ці типи характерів є лише деякими опорними пунктами для вибудування цілісної клінічної картини [1, с. 228].

Як результат інфантильних травм виникає емоційне напруження від якого людина намагається позбавитися. Позбавитися – означає, по-перше відмовитися від любові і, по-друге, подавляти негативну емоцію (позбавитися їх неможливо). Існує два шляхи такого позбавлення: соматичний і психологічний [2, с. 228].

У книзі “Духовність тіла” О. Лоуен наводить випадок Арнольда, чоловіка, який, будучи одруженим, не був задоволений шлюбом, мав численні випадкові зв'язки із жінками, в яких швидко розчаровувався. У цього чоловіка дисоційовані любов і секс. Це пов'язано з тим, що мати прив'язала його до себе, розповідала йому про проблеми із чоловіком (його батьком), а потім, як тільки чоловік приходив додому, “відкидала” сина, свого маленького “чоловіка”. Арнольд сердився на матір, і потім цей гнів він переніс на інших жінок. Він був жертвою материнської зради і зраджував жінкам (відкидав їх) так, як це робила його мати із ним. Чоловіки із такою життєвою проблемою усе життя шукають любов, не знаходять її або швидко втрачають. Арнольд

відчував страх перед батьком. Причому свідомого страху не було – розкрити його допомогла психоаналітична робота. Страх був пов'язаний із невирішеною едіповою ситуацією. Подавлення страху і боротьба з батьком сформували у нього фалічно-нарцистичний характер – прагнення бути першим, випередити батька і холодний інтелектуалістичний підхід до справи (він бізнесмен). Таким чином, голова була дисоційована від грудей (почуттів). В Арнольда були сильно напружені і шия, і талія [1, с. 232].

За О. Лоуеном неузгодженість між різними частинами тіла бере початок у психологічному конфлікті між нереалізованими бажаннями, потребами дитини і спонуканнями і бажаннями дорослого. Дорослий вимагає, щоб людина була незалежною і брала на себе відповідальність за виконання власних бажань і рішень. У людині, в якій є подібний конфлікт, спроби бути незалежною і відповідальною руйнуються несвідомим прагненням до підтримки і турботи. У поведінці така людина може демонструвати перебільшену незалежність поряд із страхом самотності чи з нездатністю приймати рішення. Подібна змішана картина спостерігається у тілі людини. Інфантильні аспекти її особистості можуть виражатися у маленьких ручках і ступнях, тонких ногах, або у нерозвиненій м'язовій системі, яка не має активного потенціалу аби отримати те, що людина хоче і чого потребує. В інших випадках наявний конфлікт між грайливістю дитини і реалізмом дорослої частини особистості: ззовні людина здається серйозною, часто похмурою, напружено працюючою, проте коли вона робить спроби розслабитися – стає дитиною. Це особливо явно виражається, коли така людина вип'є. Дитина також проявляється через недоречні жарти і витівки. Обличчя і тіло такої людини має ознаки натягнутості і перекошеності, що робить її дещо старшою. На обличчі можна часто побачити хлоп'ячий вираз, який супроводжується посмішкою чи усмішкою, як вираження почуття незрілості. М'язові напруження позбавляють від страху, болі, гніву і відчаю, проте вони також і позбавляють від любові, людина занурюється у “сіре” існування, тіло із знаряддя життя перетворюється у знаряддя самоподавлення і самообмеження [2, с. 228].

### 10.3. Техніки біоенергетичного аналізу

Робота в біоенергетичній терапії здійснюється одночасно або послідовно (це залежить від особливостей клієнта) на психологічному і тілесному рівнях.

Напружений м'яз знижує рівень енергії, блокує рухливість, а також обмежує рівень експресії людини. Робота з тілом включає масаж, спеціальні напружені пози, дихання, вправи на експресію (катартичні техніки) [1, с. 237]. Наведемо окремі вправи і техніки біоенергетичного аналізу.

**Діагностика блоків** [1, с. 237]. Клієнт вкладається на кушетку на спину, при цьому психотерапевт звертає свою увагу на:

1) його дихання: чи дихають груди, живіт, і чи входить його дихання у таз;

2) наскільки еластична грудна клітка при диханні (наскільки грудна клітка піддається натиску);

3) наскільки людина може дихати свідомо животом (терапевт кладе свою руку на живіт клієнта і просить, щоб той дихав під руку терапевта);

4) обмацуються груди і живіт (добре прощупуються) – визначається ступінь хворобливості або відчуття лоскоту, наскільки живіт випущений і т.д.;

5) інтенсивно прощупуються стегна – ступінь хворобливості або відчуття лоскоту. Визначається ступінь напруженості м'яза або “кисілеподібність”. І напружені, і “кисілеподібні” м'язи свідчать про заблокованість;

6) аналіз блокування м'язів сідниць (та ж сама техніка);

7) аналіз блокування тазу: рухливість тазу назад при диханні, входження дихання у таз;

8) аналіз напруження м'язів задньої частини шиї та передпліччя. Важливо перевірити напруження паравертебральних м'язів цервікального відділу хребта, особливо в місці з'єднання шиї із черепом (техніка перевірки, як в п. 4);

9) зажими горла. Вони проявляються у тихому, трохи завищеному голосі, частому виникненні “кому” у горлі, спазмах горла при хвилюваннях, досить частій нудоті при труднощах ініціації блювоти (подразнення пальцями слизової рота);

10) діагностика напруження кругових м'язів рота. При звичному хронічному напруженні цих м'язів це напруження не

усвідомлюється. При пальпації верхня і нижня губи напружені, губи щільно зімкнені, наявні специфічні кругові зморшки навколо рота;

11) діагностика напруження жувальних м'язів (як у п. 4);

12) діагностика напруження кругових м'язів очей. Наявність радіальних зморшок, затуманеного погляду, “неживих” очей, відсутність сліз при плачі – ознаки очного блоку;

13) оцінка рівня укорінення [1, с. 238].

Опишемо ряд вправ, виконання яких дає можливість людині усвідомити напружені м'язи, і те, як ці напруження обмежують дихання, і редукувати напруження.

**Вправа 1** на посилення укорінення і вібрації (рис. 10.4.). Стопи на відстані приблизно 45 см. одна від одної, легко розгорнуті всередину так, щоб можна було б відчутти м'язи сідниць. Потрібно прогнутися вперед і торкнутися підлоги пальцями рук (а не долонями). Коліна легко зігнуті. Вага тіла на основі великих пальців ніг, руки розслаблені. Голова опускається якнайнижче, підборіддя опущене. Дихання ротом вільне і глибоке. Потрібно нахилитися вперед так, щоб вага тіла залишалася на основі подушок великих пальців ніг. Ця вправа виконується протягом, як мінімум, 25 дихальних циклів і поступово збільшується до 60. Через якийсь час ноги починають тремтіти, що свідчить про проходження крізь них хвилі збудження. Якщо ж тремтіння немає, то це означає, що ноги занадто напружені. У такому випадку можна спровокувати тремтіння повільним згинанням і випрямленням ніг. Рухи повинні бути невеликими: їх ціль – розслаблення колін [1, с. 239].



*Рис. 10.4.*

Існує дві умови гарного укорінення [1, с. 239]:

Еластичність колін – коліна, як амортизатори тіла. Якщо на тіло зверху діє якась сила, коліна згинаються. Навантаження випадає на нижню частину спини. Психологічні стреси діють на організм аналогічним образом.

“Випущений живіт”. Для багатьох людей “випустити” живіт дуже важко. Це суперечить їхнім уявленням про підтягнутість (втягнений живіт і випнуті груди). Це установка солдата, який повинен функціонувати, як автомат. Напружений живіт пов’язаний із подавленням сексуальності, суму і т.д. та утруднює черевне дихання. “Випускання” живота дуже неприємне для жінок.

**Вправа 2.** “Випускання живота”. Поставте стопи паралельно на відстані 25 см. Легко зігніть коліна. Не відриваючи п’яти від підлоги, подайте тіло вперед так, щоб вага тіла виявився на п’ятах ніг. А тепер варто якнайбільше випустити живіт. Дихання вільне, ротом. Ціль вправи – відчуття напруження в нижній частині тіла [1, с. 240].

**Вправа 3.** “Лук” або “арка” (рис. 10.5.). Ця вправа є основною напруженою позою в біоенергетичній психотерапії по О. Лоуеном. При правильному виконанні цієї вправи можна провести уявну вертикальну пряму від точки, яка знаходиться на спині по середині між лопатками, до точки, яка знаходиться між стопами ніг. Користуючись термінами біоенергетичної психотерапії, можна сказати, що у цій позі людина заряджена енергією від ніг до голови, вона укорінена і врівноважена. Вправу слід виконувати за наступною інструкцією: поставте стопи на відстані близько 40 см. одна від одної, трохи розгорнуті всередину. Покладіть обидві затиснуті в кулак долоні на область хрестця, великі пальці спрямовані вгору. Зігніть коліна так сильно, як можете, не відриваючи п’яти від землі. Прогніться назад, опираючись на кулаки. Вага тіла на пальцях ніг. Лінія, яка з’єднує центр стопи, середину стегна і центр передпліччя витягнена, як лук. У цьому випадку “звільняється” живіт [1, с. 240; 14, с. 180].

Якщо м’язи хронічно напружені, то людина, по-перше, не в змозі виконати вправу правильно (рис. 10.6-9), а по-друге, відчуває це хронічне напруження як біль і незручність в тілі, які перешкоджають виконанню цієї вправи [1, с. 240].



*Рис. 10.5. “Арка” О. Лоуена*

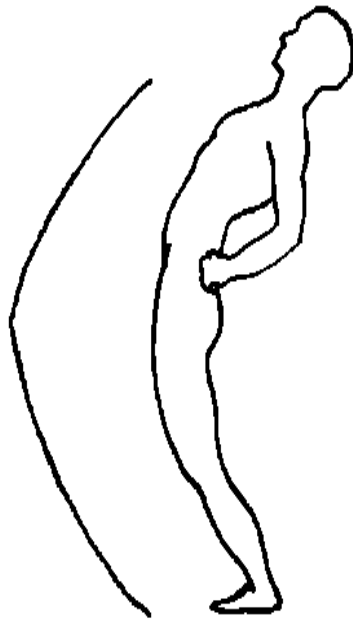
Лінія, яка поєднує три вищезазначені точки – пряма, недостатньо гнучкі ноги (недостатня амортизація) (рис. 10.6). Напруження в нижній частині спини є характерним для людей з ригідним характером.



*Рис. 10.6. Ригідна спина*

Нижня частина спини не є опорою. Її функція – напруження м’язів спини. Характерними є піддатливість впливам, слабкість м’язів спини, погане укорінення, випрямлені коліна (рис. 10.7).





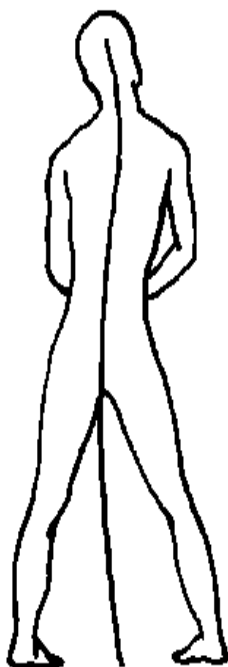
*Рис. 10.7. Ригідна спина*

Таз значно відходить назад (рис. 10.8).



*Рис. 10.8.*

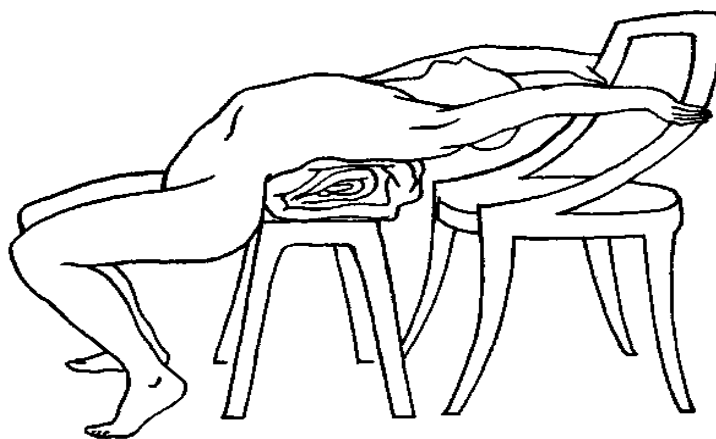
Голова, шия, тулуб і ноги не перебувають на одній лінії (рис. 10.9), що характерно для шизоїдних особистостей. Це означає відсутність інтеграції частин тіла, а отже, і частин особистості.



*Рис. 10.9.*

Одне з найважливіших умов біоенергетичної роботи – відсутність свідомого форсування дихання. Тому, якщо дихання поверхневе, то його свідомо стимуляція носить штучний характер. Тому використовуються деякі техніки, які спонтанно поглиблюють дихання [1, с. 243].

**Вправа 4.** Людина лягає на валік (наприклад, з ковдри), який лежить на табуреті висотою 0,5 м (рис. 10.10). Дихає ротом. У цій позиції добре розтягуються м'язи спини, які разом з тим розслаблюються, “відпускаючи” груди. Дихання мимовільно заглиблюється. Можливий біль у спині. Якщо він невеликий (а головне, немає патології хребта), то варто продовжувати і біль пройде.



*Рис. 10.10. Приклад напруженої пози за О. Лоуену*

Ця вправа настільки енергетично розгойдує подавлені емоції і послаблює м'язові блоки, що часто виникає феномен неусвідомленої експресії – іде плач, блювота і т.д. Людину ніби “прориває”. Якщо це трапляється, то це означає, що біоенергетична робота випередила аналітичну. Тому потрібно підтягнути аналітичну частину: людина повинна знати, що виходить із неї [1, с. 244; 5; 14, с. 178].

**Вправа 5** звільняє зажими горла і стимулює спонтанне поглиблення дихання. Ця ж вправа “підштовхує” до плачу (а можливо, і до крику). У сидячій позиції варто розслабитися (наскільки це можливо), потім видихати стогін (один стогін на один видих), це робиться як найдовше. Потрібно постаратися зробити стогін і на вдиху. Після 3-х повних циклів зі стогоном, стогін на видиху змінюється звуком “ух” або звуками ридання. Це ж робиться і на вдиху. Коли видих доходить до живота, це часто закінчується ненавмисним плачем. Причому людина може здивовано сказати: “Мені не сумно”. Ніщо так не виправляє дихання, як плач. Плач – головний механізм звільнення від напруження у дітей [1, с. 244].

Опишемо кілька вправ на зняття блоків з м'язів таза.

**Вправа 6.** “Обертання стегнами”. Станьте на легко зігнутих в колінах ногах, стопи поставте паралельно на відстані 30 см. Вага тіла на передній частині ніг (з акцентом на подушці великого пальця). Живіт випущений. Руки лежать на стегнах. У цій позиції людина обертає стегнами зліва на право. Цей рух повинен захопити таз і мінімально – верхню частину корпусу та ноги. Дихання вільне, ротом. Рухаємо в одну, а потім в іншу сторону 12 разів. При виконанні вправи варто звернути увагу на те, чи стримується дихання, чи зберігається тазове дно розслабленим, а анальний отвір відкритим, чи зігнуті коліна.

Не можна стверджувати, що якщо людина легко робить цю вправу, то вона вільна від генітального напруження і сексуальних проблем. Але можна стверджувати, що якщо людина не в змозі легко виконувати цю вправу, то вона має сексуальні проблеми. Дуже важливо, щоб при виконанні цієї вправи людина була укоріненою, інакше рухам тазу не вистачає емоційного забарвлення [1, с. 244].

**Вправа 7.** Людина лягає на кушетку. Ноги розслаблені. Руками тримається за край кушетки (або матраца). Потрібно підняти ногу і бити стопою по матрацу з акцентом на п'яту. Спочатку це робиться повільним темпом з невеликою силою, потім темп і сила ударів збільшуються. Наприкінці удари повинні бути дуже сильними і дуже швидкими. Якщо ці удари виконуються як єдиний рух, що проходить

через все тіло, то рухи ніг скоординовані з рухами голови: голова піднімається вгору і опускається з кожним рухом. При виконанні руху людина згадує про пережиті неприємності [1, с. 245].

**Вправа 8.** Клієнт б'є кулаками (якщо це чоловік) або тенісною ракеткою (якщо це жінка) по матрацу. Потрібно стати в основну біоенергетичну стійку (стопи на відстані 25 см., коліна злегка зігнуті, вага тіла на основі пальців). Потім руки повільно піднімаються вгору за голову, трохи прогинаючи спину назад і розтягуючи м'яза рук та спini. Потім клієнт б'є по кушетці супроводжуючи це словами “заткнися!”, “уб'ю!”, “немає!”, “чому?!” і т.д. Ця вправа допомагає розрядити гнів, але сама по собі розрядка гніву – не є ціллю терапії. Ціль терапії – досягнення грації. Тому потрібно бити не так, щоб зруйнувати або знищити, а так, щоб зберегти грацію, тобто рух повинне бути плавним. Клієнт, готуючи удар, розтягує своє тіло від стопи вгору, заносючи плечі якнайдалі назад. Це рух, як зарядка лука. Сам же удар виконується як відпускання рук із “зарядженої” позиції, а не як скорочення м'язів. Тому удар – це розслаблений і вільний рух. Якщо ця вправа виконується правильно, то від стопи до долонь протікає хвиля збудження, надаючи граціозності цьому руху. Підйом рук вгору – м'який і делікатний рух, удар – потужний і твердий. Таким чином, секрет цієї вправи не в ударі, а в розтягуванні. Ця вправа знімає напруження із плечей і верхньої частини спini [1, с. 246].

У біоенергетичній терапії є і так звані “розігрівачі” вправи.

**Вправа 9.** В основній біоенергетичній позі виконується вільне потрясування тіла за рахунок швидкого згинання і випрямлення колін. Стопи не відриваються від землі. При цьому виникає дихання, яке нагадує собаче дихання. Вправа робиться протягом однієї хвилини [1, с. 246].

**Вправа 10.** Виконуються вільні стрибки. Клієнт підстрибує повільно на двох ногах, лише відриваючи пальці від землі. Вправа виконується до появи втоми у ногах [1, с. 246].

У біоенергетичному аналізі є специфічні техніки “розпускання” блоків рота (крик, імітація блювотних рухів, плач, кусання рушника і т.д.), очей (кругове обертання очима, перенесення погляду вдаль, на кінчик носа), шиї (обертання шиї в різні сторони). Усі вправи виконуються при вільному диханні ротом. Розроблено також вправи для всіх частин тіла в позиції стоячи, сидячи і лежачи.

Біоенергетичні вправи можуть здаватися неприродними, але їхнє використання дозволяє клієнту по-іншому відчувати своє тіло. Через

певний час після початку практики цих вправ клієнту стає зрозуміло, що в нього немає контакту із частинами свого тіла. Досягнення контакту полягає у відчутті напруження, яке блокує рух тілом збудженню та експресії почуттів [11, с. 247].

Загалом вправи допомагають помітно підсилити володіння собою клієнта у всіх сенсах цього слова, а саме: підсилюється вібруючий стан тіла; заземлюються ноги і тіло; заглиблюється дихання; загострюється пізнання; збільшується самоекспресія. Крім того, вони можуть поліпшити фігуру, загострити сексуальне відчуття і підвищити самоповагу клієнта. Проте не варто забувати, що вправи слід виконувати належним чином, адже якщо робити їх механічно, то вони навряд чи принесуть велику користь. Їх цінність знижується і в тому випадку, якщо їх виконують без бажання. Здійснюючи вправи заради змагання, клієнт не виграє, але якщо вони викликають щирий інтерес до тіла, тоді приходить успіх психотерапії.

#### **10.4. Результат психотерапевтичного впливу**

Біоенергетична терапія має чітко окреслені ознаки психічного і фізичного здоров'я, досягнення яких на практиці вимагає тривалого часу. Як правило психотерапевтичний процес припиняється, коли клієнт відчуває, що сам здатен відповідати за свій подальший розвиток. У такому випадку, клієнтам рекомендується комплекс біоенергетичних вправ, які вони виконують самостійно. Якщо процес розвитку особистості, запущений психотерапевтом, триває без психотерапевта, то це є одним із подальших показників ефективності біоенергетичної психотерапії.

Так як основним принципом біоенергетичного аналізу є розум і психіка, які нерозривно пов'язані, і під біоенергетикою розуміється життєва сила людини, то очікуваним результатом за цим видом психологічного лікування будуть:

1) заземлення – набуття внутрішнього почуття безпеки, баланс і стабільність у житті (сім'я, кар'єра, добробут), так звана емоційна стійкість;

2) розслаблення тіла – набуття свободи від м'язового напруження, відновлення вільного протікання життєвої енергії, набуття радості і задоволення від життя;

3) позбавлення від депресій, неврозів;

4) глибинні особистісні зміни – пропрацювання структури тілесного характеру;

5) покращення стосунків з іншими людьми.

За О. Лоуеном терапія вдалася тоді, коли “закрита” енергія знаходить свій вихід, прокладає адекватні шляхи прояву себе. Це означає, що клієнт отримує такі результати:

1) починає демонструвати адекватні способи поведінки, особливо у конфліктних ситуаціях;

2) змінює ставлення до самого себе;

3) змінює ставлення до світу;

4) почуває себе душевно і фізично значно краще.

Біоенергетичні вправи дозволяють клієнту по-іншому відчувати власне тіло. Через певний час після початку практики біоенергетичних вправ клієнту стає зрозуміло, що у нього немає контакту із значними частинами власного тіла [1, с. 247]. Як правило клієнт припиняє психотерапію, коли відчуває, що сам здатен відповідати за свій подальший розвиток [1, с. 254].

## Висновки

Біоенергетичний аналіз О. Лоуена – це спосіб розуміння особистості за допомогою термінів тіла та енергетичних процесів, які в ньому відбуваються. Ці процеси, а саме продукування енергії через дихання, метаболізму, вивільнення її в русі, є функціями життя. Кількість енергії, якою володіє людина, і те, як вона її використовує, визначає її реагування на життєві ситуації. Відповідно до цього, чим більше у людини енергії, яку вона може швидко і вільно перевести в рух та експресію, тим швидше та ефективніше вона здатна впоратися із ситуацією.

Окрім того, біоенергетичний аналіз О. Лоуена є формою психотерапії, яка об’єднує роботу тіла і свідомості, допомагає людям вирішити емоційні проблеми і активніше реалізовувати потенційну можливість радіти життю і отримувати від нього задоволення. Фундаментальна теза біоенергетичного аналізу полягає у тому, що тіло і свідомість функціонують як єдине ціле: робота свідомості є віддзеркалення того, що відбувається з тілом, і навпаки.

Біоенергетична робота з тілом включає спеціальні маніпуляції і вправи або практичні дослідження, маніпулятивні процедури – масаж,

дозоване натискання і обережні дотики, які допомагають хронічно скороченим м'язам розслабитися. Запропоновані вправи біоенергетичного аналізу розроблені на основі практичного досвіду терапевтичної роботи з клієнтами. Вони створювалися під час терапевтичних сесій, на групових заняттях і в домашній обстановці. Робота, настрої і енергія людей, які їх виконували, свідчили про позитивний ефект. Загальною характеристикою використання вправ біоенергетичного аналізу є те, що клієнти їх приймають із ентузіазмом.

### **Питання для самоконтролю**

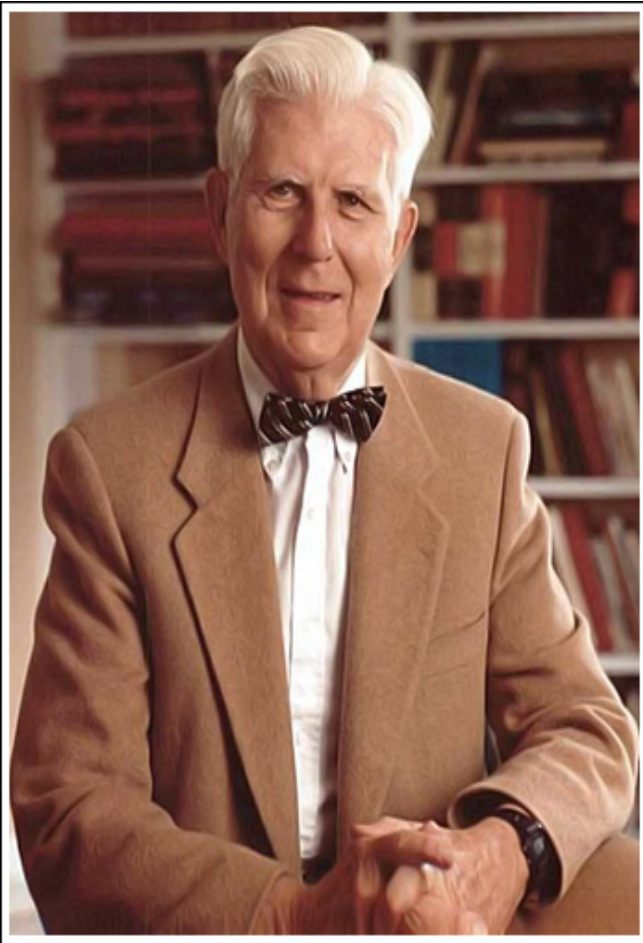
1. Опишіть шари блокувань за О. Лоуеном.
2. Назвіть ознаки тілесного блоку в біоенергетичному аналізі.
3. Чому поряд з тілесною роботою у процесі біоенергетичної психотерапії необхідна аналітична?
4. Опишіть типи характерологічних структур за О. Лоуеном. Які особливості тілесної організації наявні у представників різних типів?
5. Опишіть концепцію укорінення у біоенергетичній психотерапії.
6. Наведіть приклад опису ходи будь-якого літературного або кіно-героя з точки зору біоенергетичного аналізу.
7. Розгляньте зв'язок особливостей рухів тіла і психологічних характеристик з точки зору біоенергетичного аналізу.  
Робота у парах:
8. Проведіть діагностику тілесних блоків за біоенергетичним аналізом.

### **Література**

1. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии : учеб. пособие [для студ. вузов, которые обучаются по спец. “Психология”, “Соц. педагогика”] / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника–Центр ; М. : Алетейа, 1999. – 320 с.
2. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).

3. Лоуэн А. Депрессия и тело / Лоуэн А. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 384 с.
4. Лоуэн А. Любовь и оргазм / Лоуэн А. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 1998. – 142 с.
5. Лоуэн А. Предательство тела / Лоуэн А. ; пер. с англ. Е. В. Поле. – Екатеринбург : Деловая Книга, 1999. – 327 с.
6. Лоуэн А. Психология тела: биоэнергетический анализ тела / Лоуэн А. ; пер. с англ. С. Коледа. – М. : Ин-т Общегуманитарных Исследований, 2000. – 256 с.
7. Лоуэн А. Радость / Лоуэн А. ; пер. с англ. – М. : Попури, 2009. – 496 с.
8. Лоуэн А. Сборник биоэнергетических опытов / А. Лоуэн, Л. Лоуэн ; пер. с англ. Е. В. Поле.– М. : АСТ, 2004.– 192 с.
9. Лоуэн А. Секс, любовь и сердце: психотерапия инфаркта / Лоуэн А. ; пер. с англ. С. Коледа. – М. : Ин-т Общегуманитарных Исследований, 2004. – 224 с.
10. Лоуэн А. Терапия которая работает с телом / Лоуэн А. – СПб. : Речь, 2000. – 272 с.
11. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера / Лоуэн А. ; под ред. А. М. Боковикова ; пер. с англ. Е. В. Поле. – М. : Компания Пани, 1996. – 320 с.
12. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
13. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
14. Рудестам К. Групповая психотерапия / Рудестам К. – [2-е изд.]. – СПб. : Питер, 2006. – 384 с. – (Золотой фонд психотерапии).





**Аарон Т. Бек**  
**Aaron T. Beck**

**(1921)**

А. Бек – американський психотерапевт, засновник когнітивної психотерапії, доктор медицини, президент Інституту Когнітивної Терапії і Досліджень та професор психіатрії в Університеті штату Пенсільванія.

Як більшість засновників сучасної психотерапії спочатку, отримав психоаналітичну підготовку. Спостерігаючи за пацієнтами у процесі вивчення депресії його увагу

привернуло когнітивне функціонування, яке призвело до ідеї про негативні думки, як джерела емоційних порушень.

Створений ним на початку 60-х років напрямок, отримав назву когнітивної психотерапії. У ході спрямованого діалогу клієнт досліджує свою внутрішню реальність, ідентифікує і модифікує негативні думки. Численні дослідження, проведені в руслі методу, показали його високу ефективність не лише при лікуванні депресії.

На сьогоднішній день, когнітивна психотерапія є одним із найпоширеніших напрямків. Створено дослідницькі центри, які орієнтуються на когнітивну модель людини, а також численні центри з підготовки психотерапевтів, випускаються книги та періодичні видання. А. Бек продовжує бути значною фігурою і виразним голосом в сучасній психотерапії.

## РОЗДІЛ 11. КОГНІТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ

### 11.1. Суть когнітивної психотерапії

Когнітивна психологія є однією із провідних напрямків сучасної зарубіжної психотерапії. Вона виникла в кінці 50 – початку 60-х років ХХ ст. Цей метод є продовженням розвитку поведінкової психотерапії, в якому емоційні реакції і психічні розлади розглядаються як опосередковані когнітивними структурами та актуальними когнітивними навичками, набутими у минулому, а в якості проміжних змінних виступає думка (когніція) [3; 7].

Психотерапевти, які працюють в рамках когнітивної теорії, виходять з того, що емоційні і поведінкові проблеми їх клієнтів пов'язані з порушенням когнітивних процесів. Когнітивні процеси описуються за допомогою таких понять як [1, с. 259-261; 3, с. 107-108]:

**Неадаптовані думки** – це думки, які заважають впоратися з життєвими ситуаціями, які викликають внутрішню дисгармонію і хворобливі емоційні реакції. Неадаптовані думки характеризуються автоматичністю, Его-синтонністю, слабким усвідомленням, важкою доступністю. Наприклад, людину може переслідувати думка, що вона виглядає смішно у будь-якій ситуації і що оточуючі насміхаються над нею.

**Автоматичні думки** за А. Т. Беком виникають самі по собі, мимоволі. Автоматичні думки можуть бути несвідомими і, як правило, не усвідомлюються. Проте це зовсім не означає, що думки перебувають у просторі фрейдівського несвідомого (витиснені, подавлені). Для пояснення даного поняття, А. Т. Бек проводить аналогію із людиною, яка не в силах заснути. Така людина може не усвідомлювати, що її стан викликаний неприємними звуками (голосне цокання годинника, шум транспорту); будучи невідповідною, людина може не помітити свої автоматичні думки. Таким чином, один з самих найважливіших кроків когнітивної терапії – це виявлення (ідентифікація) клієнтом власних автоматичних думок. Клієнт може назвати безліч ситуацій, в яких у нього виникає нез'ясовна тривога. Однак, вона може стати зрозумілою лиш тоді, коли пацієнт відновить хід думок, які виникають як відповідь на психотравмуючу ситуацію. Для цього відновлення використовують

метод “А, В, С”. Даний метод заключається у відновленні проміжної ланки “В”, що часто випускається з поля зору клієнта. “А” є подразник, або психотравмуючою ситуацією які впливають на клієнта, “С” – емоційна реакція, “В” – порожнеча у свідомості клієнта (неусвідомлювані думки). Заповнення порожнечі клієнтом дає можливість вибудувати міст між “А” і “С”, робить суб’єктивно зрозумілою для нього власну емоційну реакцію (“С”). У зв’язку із швидкоплинністю автоматичної думки, вона може бути мало усвідомлюваною. Окрім того, Его-синтонність<sup>1</sup> цієї думки, тобто переживання клієнтом її як власної, робить цю думку очевидною. Наприклад, думка “Смерть – це жахливо” призводить до виникнення, з одного боку, страху смерті, а, з іншого, – до повної впевненості в істинності цієї думки (“А як же іще?!”). Очевидність автоматичних думок та їхня слабка усвідомлюваність роблять їх важкодоступними у процесі терапії. Автоматичні думки базуються на глибоких переконаннях, в яких і беруть своє коріння. Автоматичні думки перекручують реальність, в результаті чого стають дезадаптованими. А. Т. Бек описує наступні види перекручування.

**Довільні висновки.** Людина робить певні висновки без опори на факти або ж всупереч їм. Наприклад, студент, що сумлінно займався протягом семестру, перед іспитами заявляє, що абсолютно нічого не знає.

**Вибіркове абстрагування.** На основі взятої із контексту деталі, робиться висновок, який не узгоджується із основною інформацією. Так, на одній із вечірок дружина помітила, що чоловік довго розмовляв з іншою жінкою. Це викликало в неї ревності, засновані на переконанні: “Мій чоловік мене не любить”.

**Надгенералізація.** Загальне правило виводиться з одного або кількох ізольованих епізодів і розповсюджується на широке коло ситуацій. Наприклад, після невдало виконаної контрольної роботи школяр заявляє: “У мене ніколи нічого не вийде”.

**Перебільшення і мінімізація.** Приклад перебільшення: “Якщо я не виграю змагання – це буде катастрофа”. Приклад мінімізації (думки матері, в якій син почав вживати наркотики): “Нічого страшного з моїм сином не відбувається, багато підлітків вживають такі речовини”.

<sup>1</sup> Его-синтонність – поведінка сумісна з власними стандартами, наприклад, риса характеру, яка може бути неприємна іншим, проте не заважає самій людині.

**Персоналізація.** Приписування собі відповідальності за поведінку інших людей. Наприклад: “Я чимось образив його”, “Через мене вона тепер не хоче сюди приходити” і т. д.

**Дихотомічне мислення.** Мислення в так званих чорно-білих категоріях: інші люди сприймаються або тільки як абсолютно добрі, або як абсолютно погані; ситуація оцінюється або як повний успіх, або як абсолютна поразка.

Розпитуючи клієнта, психотерапевт знаходить автоматичні думки. Для цього використовують техніку програвання ролей, коли клієнта спонукають до спостереження власних автоматичних думок. Автоматичні думки, знайдені в психотерапевтичній ситуації, необхідно перевіряти. Наприклад, якщо чоловік відкрив у собі автоматичну думку: “Я не можу спілкуватися з красивими жінками”, психотерапевт заохочує його перевірити цю думку на практиці. Може виявитися, що цю думку потрібно відкоректувати, наприклад: “Я боюсь владних жінок” або “Я боюсь бути неприйнятним”. Психотерапевт не повинен нав’язувати клієнту трактування автоматичних думок та інтерпретувати поведінку без його згоди. Психотерапевту необхідно час від часу перевіряти, наскільки клієнт з ним погоджується, і стежити за сигналами його незгоди. Необхідно також пам’ятати, що клієнт може погоджуватися з психотерапевтом через страх протистояти його думці або ж, щоб надати йому задоволення. Тому психотерапевт повинен повідомити клієнту про те, що він має право з ним не погоджуватися і пропонувати точніші формулювання власних думок, а також адекватніші інтерпретації власних вчинків [3, с. 108].

Когнітивна психотерапія включає чотири етапи терапевтичного впливу і спрямована на те, щоб допомогти клієнту усвідомити наведені вище типи когнітивних перекручувань [1, с. 261].

**I етап** – ідентифікація (впізнавання) неадаптованих думок. В когнітивній психотерапії неадаптивні думки описуються за допомогою двох дихотомічних параметрів [1, с. 262]:

1) безпека-небезпека – цей параметр включає фізичну і психосоціальну небезпеку (безпеку). Цим змістом наповнені наступні автоматичні думки: буде жахливо, якщо хтось про мене буде погано думати; близькі пробачать мені все, а з незнайомцями потрібно бути уважнішим (такі люди в незнайомій компанії дуже сковані);

2) біль-задоволення – таким змістом наповнені, наступні думки: щоб бути щасливою людиною, потрібно, щоб усі мене любили; для того, щоб стати щасливою людиною, потрібно досягнути успіху у певній справі; якщо моя дружина мене не любить, значить я нічого не вартий і т.д.

**II етап** – віддалення. На цьому етапі пацієнт повинен попасти в об'єктивну позицію щодо власних думок, тобто віддалитися від них. На першому етапі неадаптована думка виявляється (наприклад: “Я слабкий і безпомічний”), і клієнт починає розуміти про її існування, про те, що вона йому заважає, викликає певні емоційні і поведінкові проблеми. На другому етапі терапії клієнт повинен засумніватися у проблемі, зробити її гіпотезою, подивитися на неї з боку. Заклики терапевта мислити конструктивно, зазвичай, не допомагають, тому що клієнт усвідомлюючи свою думку, ще не сумнівається в її істинності і не розглядає її як неадаптовану.

Другий етап припускає такі компоненти [1, с. 263]:

1. Усвідомлення автоматичності “поганої” думки, її довірливості, відчуженості для Я.
2. Усвідомлення того, що “погана” думка неадаптована, тобто викликає страждання.
3. Виникнення сумніву щодо істинності неадаптованої думки.

Пацієнту досить просто усвідомити неадаптованість і хибність “поганої” думки, але набагато важче відсторонити цю думку від Его. Тому, основним компонентом на етапі відсторонення, є перший компонент.

**III етап** – перевірка істинності неадаптованої думки. Суть третього етапу полягає, в тому що психотерапевт спонукає клієнта до перевірки обґрунтованості неадаптованої думки. З цією метою у терапії використовуються як когнітивні, так і поведінкові техніки. Якщо під час перевірки пацієнтом власних неадаптованих думок виявляється, що вони безпідставні і необґрунтовані, тоді у клієнта виникає можливість їх позбутися. Він починає розуміти, що зазначені думки пов'язані із особливостями його характеру та виховання, а не з реальними характеристиками середовища чи ситуації. Як результат, клієнт змінює неадаптовані переконання на адаптовані. У такій заміні неадаптованих думок адаптивними і полягає суть **IV етапу**.

Протягом усього психотерапевтичного процесу дуже важливими є так звані колабораторні стосунки (тобто співробітництво) між психотерапевтом та клієнтом [1, с. 265]. Вони

встановлюються ще на початкових сесіях. Їхнє завдання полягає в інформуванні про когнітивну психотерапію, визначенні проблеми, виявленні автоматичних думок тощо. Співробітництво передбачає спільне дослідження автоматичних думок і перевірку їхньої обґрунтованості як терапевтом, так і клієнтом. Аналіз проблеми включає два типи аналізу: функціональний і когнітивний. Функціональний аналіз допомагає ідентифікувати елементи проблеми: як вона проявляється, в яких ситуаціях, яка частота цих ситуацій, інтенсивність і тривалість проблем (емоційних, поведінкових). Когнітивний аналіз виявляє думки та образи людини в психотравмуючих ситуаціях.

На першій сесії складається список проблем. Цей список містить специфічні симптоми, форми поведінки або глибокі проблеми. Ці проблеми розташовуються за пріоритетом, в якості мішень терапевтичного впливу. Основою ієрархізації симптомів виступає їхня вагомість, питома вага симптому в структурі життя. Окрім того, ці проблеми (міжособистісні, особистісні і вегетативні) можуть бути взаємопов'язаними між собою. Впізнавання проблем з однаковими причинами і відповідне їхнє групування визначається А. Беком як “зведення проблем”. При зведенні проблем до кількох базових автоматичних думок клієнт працює із первинними або каузальними симптомами, а, відповідно, і думками. Під час перших сесій терапевт дотримується активної позиції, а саме: розпитує клієнта, готує його до когнітивної терапії, активно впливає на зниження симптому. Уже на першій сесії клієнт отримує домашнє завдання, його просять стати на дослідницьку позицію і спостерігати за зв'язком між афектом і поведінкою, спостерігати за думками, які виникають у психотравмуючих ситуаціях, поррахувати ці думки [2, с. 402].

Під час подальших сесій акцент переноситься на неадаптовані думки. Думки більше піддаються логічному аналізу, ніж поведінковій перевірці. Наприклад, думку: “Я ніколи не буду щасливим”, – перевірити неможливо. Важливо, щоб пацієнт перевінив логіку цього узагальнення. Важливо перевірити адаптованість узагальнень такого типу, їхню корисність і валідність (тобто обґрунтованість) для клієнта. Під кінець терапії клієнт займає активну позицію, яка все більше стає аутотерапією. Закінчення терапії відбувається на останніх двох сесіях, протягом 1-2 місяців [2, с. 402].

А. Бек відзначав, що когнітивний підхід найкраще використовувати у роботі із людьми, у яких наявна здатність до інтроспекції, до міркувань про свої думки і фантазії. Застосовувати когнітивну терапію можна тоді, коли проблеми можуть бути досить чітко виділеними і є когнітивні перекручування. А. Бек зі співавторами створили список критеріїв для використання когнітивної терапії як єдиного засобу або у поєднанні з іншими методами. Не рекомендується використати когнітивну терапію як єдиний засіб при психотичній депресії і взагалі при психозах [1; 2].

Когнітивна терапія пропонується тим клієнтам, які можуть фокусуватися на власних автоматичних думках, при наявності достатньої волі до видужання. Цей вид психотерапії, як і багато інших, розрахований на “психологічного” клієнта, тобто психічно витонченого, здатного до рефлексії, який бажає нею займатися. Когнітивна терапія може використовуватися тоді, коли клієнт бере на себе відповідальність за впізнання взаємозв’язків емоцій і за зміну думок.

Факторами, що утруднюють реалізацію когнітивної терапії, є:

- негативні переконання про когнітивну терапію і терапевта;
- високий рівень тривоги у клієнта;
- відсутність згоди з метою терапії;
- “брутальність” психічної організації клієнта, його нездатність до рефлексії, до організації психотерапії як дослідницького процесу;
- психічна неадекватність (продуктивний психопатологічний процес – галюцинації і т.д.) [1, с. 272].

Логіку когнітивного підходу можна виразити за допомогою наступних чотирьох принципів: 1) люди, які відчують депресію або тривогу, мають нелогічне або негативне мислення, здійснюють довільні травмуючі для них дії; 2) доклавши зусиль, люди навчаються того, як можна позбавитись згубних патернів мислення; 3) коли їхні хворобливі симптоми зникають, вони знову стають щасливими та енергійними і починають себе поважати; 4) такі цілі досягаються, як правило, протягом відносно короткого терміну часу, за рахунок використання нескладних методів.

Найперше, слід усвідомити свої автоматичні думки та ідентифікувати усі перекручені патерни. В когнітивній психотерапії описано наступні десять типів перекручення, якими зазвичай відрізняється мислення людей, які страждають депресією [8]:

1. мислення за принципом “все або нічого”. Людина бачить все в чорному-білому світлі. Наприклад, нездатність досягнути досконалості розглядається як повний провал;

2. над-узагальнення. Люди розглядають одноразову негативну подію як підтвердження патерна кількох поразок;

3. ментальний фільтр. Зосередженість виключно на якійсь одній негативній деталі, коли увесь досвід не сприймається як негативний;

4. “применшення” позитивного. Людина наполягає на тому, що позитивний досвід за якоїсь причини є малозначимим, і тим самим зберігає негативне уявлення, не дивлячись на те, що все свідчить про протилежне;

5. неправомірні висновки. Людина робить негативні висновки, не дивлячись на відсутність конкретних фактів. Це відбувається, наприклад, коли людина довільно робить висновок, що хтось негативно на неї реагує, при цьому людина не намагається з’ясувати правильність свого висновку;

6. перебільшення (розглядається у якості катастрофи) або зменшення. Перебільшення значення будь-яких випадків та подій (наприклад, власних помилок) або зменшення їх важливості (наприклад, своїх позитивних якостей);

7. емотивні судження. Припущення, що власні негативні емоції неодмінно відображають істинний стан речей: “Я так думаю, відповідно так і є”;

8. заклик “треба”. Спонування до будь-чого словами “треба” і “не треба”, ніби людина не здатна діяти без психологічного самопримусу. Коли “треба” спрямоване на себе, може виникнути відчуття провини; коли воно спрямоване на інших, людина може відчувати гнів, фрустрацію або обурення;

9. навішування ярликів і помилкові ярлики. Використання негативних позначень у випадку скоєння помилки, замість аналізу того, що відбулося. Наприклад, замість твердження “Я втратив ключі” – людина навішує на себе негативний ярлик: “Я забудько”. Якщо людину не влаштовує чиясь поведінка, то негативний ярлик навішується на іншу людину, наприклад: “Він негідник”. Під помилковими ярликами мається на увазі опис певної події, яка емоційно перевантажена і не відзначається точністю;



10. персоналізація. Людина розглядає себе в якості причини будь-якої зовнішньої події, за яку людина насправді не несе основну відповідальність;

Коли у процесі психотерапії знайдено та вірно ідентифіковано перекручування в звичному, автоматичному мисленні людини, тоді стає можливою зміна її думок, за допомогою заміни перекручених ідей на раціональні та реалістичні. Наприклад, клієнт, якого підвів друг, може схопитися за думку: “Я – справжній простак і круглий дурень”. Така реакція є прикладом навішування помилкових ярликів, а також мислення за принципом “все або нічого”. Раціональними та реалістичними думками, які можуть більш точно описати поточні події є наступні: “Я припустив помилки, повірив такому другу” і “Я не завжди знаю, коли мені слід, а коли не слід довіряти людям, але з часом я навчусь краще орієнтуватися у цьому”.

## 11.2. Генеза неврозу

Будь-яка людина має певну схильність до чогось, є вразливою до певних психотравмуючих ситуацій (так званого місця “найменшого опору”) [1, с. 264]. Ця вразливість, за А. Беком, пов’язана із особистісною структурою. Особистість ж являє собою сукупність когнітивних схем, які формуються протягом життя відповідно до індивідуального досвіду і пов’язані із навчінням та ідентифікацією із значимими людьми.

Кожен розлад має власний типовий когнітивний зміст. Психопатологічна модель у когнітивній терапії має наступну передумову: надмірні дисфункційні реакції – це нормальні адаптивні реакції, які проявляються у перебільшеному вигляді. У зв’язку з різними типами концептуалізації подій виникають чотири основні емоції (печаль, розчарування, тривога, гнів). Печаль породжує відчуття втрати, поразки або позбавлення чогось. У результаті нездійснених очікувань втрата часто набуває форму розчарування. Реакція на втрату може виражатися у тому, що людина перестає емоційно реагувати на джерело розчарування і припиняє рух до власної мети, цілі. Тривога і гнів виникають, коли людина відчуває загрозу (для себе): охоплена тривогою людина прагне віддалитися від її джерела, від того, що її лякає; відчуваючи гнів, людина звертає увагу швидше на його джерело, на об’єкт, від якого іде загроза.

Перебуваючи у такому стані, людина не аналізує те, що вона стає надто вразливою. Так, переживаючи злість та гнів людина, спрямовує свою увагу на те що їй загрожує, а не на власні відчуття [9].

На думку А. Бека, психопатологічні синдроми – це емоційні реакції, які незмінно повторюються у перебільшеному вигляді. При депресії відчуття поразки і депривації, печалі і розчарування щодо можливостей досягнення поставлених цілей стають всепоглинаючими. При манії посилюється прагнення до мети, цілі. У людей, які страждають підвищеною тривожністю, зростає відчуття власної вразливості, котре викликає прагнення оборонятися і уникати того, що лякає. При параної людина буває одержима відчуттям, що з нею неправильно поводяться і, в наслідок цього, виникає бажання контратакувати кривдників [9].

Когнітивна психотерапія в якості посередників виникнення усіх емоційних реакцій розглядає первинні когнітивні процеси. Вперше сформоване людиною уявлення про ситуацію є дещо узагальненим та неточним. “Нормальному” індивіду властивий вищий рівень когнітивної обробки інформації, який дозволяє перевірити і виправити загальну сформовану концепцію події. Проте, при наявності патології, коректуюча функція когнітивної обробки інформації порушується. Тому для людини перестають існувати нормальна “підлога” під печаллю і “стеля” над радістю, гнівом і тривожністю. Якщо у людини вторинні процеси є неузгодженими між собою, то первинні реакції перетворюються на психопатологічні синдроми [9].

А. Бек вказує, що когнітивні профілі депресії, тривоги та інших розладів істотно відрізняються і вимагають різних терапевтичних підходів. Пропонуємо розглянути наступні когнітивні моделі ряду психопатологічних розладів.

**Когнітивна модель депресії.** Когнітивна тріада депресії включає: негативний сприйняття себе, негативне сприйняття світу; негативне бачення майбутнього.

Перший компонент тріади – негативна думка людини щодо самої себе. Вона вважає себе дефектною, неповноцінною, обездоленою і приписує усі неприємності власним розумовим, фізичним і моральним дефектам. Із-за цього людина починає відчувати ворожість до самої себе і думати, вона ні до чого не здатна та нікому не потрібна. Така людина вирішує, що у неї

недостатньо якостей, необхідних для того, щоб бути щасливою [4; 9].

Другий компонент тріади – це тенденція клієнта бачити все, що з ним відбувається у негативному світлі. Він вважає, що життя ставить перед ним неймовірно високі вимоги; що на шляху до його цілей стоять непереборні перешкоди; що у світі надто мало задоволення та радості. Усім подіям такий клієнт дає негативну інтерпретацію, а взаємодію з іншими людьми розглядає як джерело неприємностей. Часто здається, що депресивно хворий спочатку робить негативні висновки, а лише потім підставляє під них факти [1; 9].

Третій компонент когнітивної тріади полягає у негативному баченні майбутнього. Цей симптом є майже у всіх клієнтів, які страждають депресією. Хворий вважає, що труднощі і страждання супроводжуватимуть його безкінечно. Життя уявляється як таке, що складається із бід, розчарувань, втрат. Думаючи про майбутню справу, він передбачає неминучу невдачу [1; 9].

Мотиваційні і поведінкові симптоми депресії є наслідком негативних когнітивних зразків. Підвищена залежність з'являється в результаті того, що клієнт вважає себе неспроможним і нікому не потрібним. Він переоцінює складність звичайних справ і вважає, що в нього нічого не вийде. Нерішучість при депресії виникає внаслідок переконань у власній нездатності приймати правильні рішення.

Паралізація волі є наслідком песимізму і відсутності надії на краще. Через постійне очікування невдачі людина відмовляється від спроб досягнення цілі і стає менш активною. Вона уникає незвичні ситуації, оскільки впевнена, що не зможе з ними впоратися і досягнути бажаного результату. Прагнення втікти від проблем, які неможливо вирішити, досягає свого максимуму у суїцидальному бажанні. Людина починає думати, що вона обтяжує оточуючих своїм існуванням і всім було б краще, якби її не стало [9].

Деякі фізичні симптоми депресії також можна пов'язати із когнітивними зразками. Апатія, знижена енергійність, швидка втомлюваність та інертність можуть бути результатом негативних очікувань. Якщо психотерапевт заохочує клієнта до дій, останній може стати активнішим, і його втомлюваність знизиться.

**Когнітивна модель тривожних розладів.** Основні механізми тривожності можна розглядати як похідні певних стратегій розвитку.

Вони диференціюються на когнітивні, емоційні, фізіологічні і біхевіоральні компоненти [9].

Когнітивна оцінка небезпечної ситуації активізує: 1) емоційний компонент (страх); 2) моторний компонент (боротьба, втеча, втрата свідомості); 3) фізіологічний компонент (автономна нервова система), який посилює діяльність моторного.

Симптоми тривожності задіюють емоційну, моторну, мотиваційну, поведінкову, когнітивну системи: нервозність стосується емоційної системи; м'язове напруження – моторної; бажання втекти – мотиваційної; гальмування мови і рухів – поведінкової; багаточисельні страхи, послаблення пам'яті і вибіркова концентрація уваги – когнітивної [9].

Людина, яка страждає підвищеною тривожністю, переживає її навіть при відсутності об'єктивної загрози, перебільшує і спотворює потенційну небезпеку проблемних ситуацій. Така людина не може виробляти і використовувати адаптивні навички, оскільки у ситуаціях, які вона сприймає як небезпечні, об'єктивна небезпека відсутня, а це означає, що до неї не можна ефективно пристосуватися. Якщо здорова людина помилково оцінює ситуацію як небезпечну і без необхідності мобілізується, то вона здатна достатньо швидко зрозуміти, що її оцінка дійсності є нереалістичною і в результаті змінює своє сприйняття. Тривожний клієнт бачить небезпеку навіть за відсутності об'єктивної загрози і не звертає увагу на все, що суперечить його оцінці ситуації. Помічаючи небезпеку, він вже не може зрозуміти, наскільки вона є реальною [9].

Свідомість людини, яка страждає підвищеною тривожністю, пронизана думками про небезпеку і про те, як себе поводити у загрозованих умовах. Така людина знаходиться у стані підвищеної готовності до фізичної чи психосоціальної небезпеки. Наприклад, людина, яка боїться виступати перед публікою, завжди налаштована на провал своїх виступів. Думки про невдачі пронизують її свідомість, навіть якщо вони не підкріплюються фактами. Така людина постійно думає про “загрозу”, її пам'ять та здатність до концентрації і планування активно блокуються. Аналогічні явища спостерігаються під час нападів паніки [9].

**Фобія.** Клієнти антиципують (передбачають, прогнозують) фізичну або психічну загрозу у специфічних ситуаціях. Поза рамками цих ситуацій вони почувають себе комфортно. Коли клієнти потрапляють в такі ситуації, вони випробовують типові

фізіологічні і психологічні симптоми тривоги. У результаті підкріплюється прагнення уникати такі ситуації у майбутньому [1; 2].

**Суїцидальна поведінка.** Когнітивні процеси при суїцидальній поведінці мають дві риси: високий рівень безнадійності і труднощі у прийнятті рішень. Підвищення рівня безнадійності призводить до росту ймовірності суїцидальної поведінки. Безнадійність підсилює труднощі у прийнятті рішень. Звідси виникають труднощі володіти ситуаціями [1; 2].

В основі когнітивної моделі аномальної поведінки лежать вісім принципів [9]. Перший з них передбачає, що поведінка і відчуття людини визначаються структуруванням ситуації. Наприклад, коли людина вважає ситуацію небезпечною, то вона відчуває тривогу і відповідно застосовує заходи щоб захистити себе, або уникнути дану ситуацію. Когнітивне структурування запускає у дію певні емоції, які або мобілізують людину (змушують її діяти), або демобілізують її. Такими емоціями можуть бути тривога, гнів, смуток та любов, які у поведінці проявляються через втечу чи напад, відсторонення чи наближення.

Другий принцип полягає у тому, що інтерпретація – це унікальний безперервний процес, що включає у себе оцінку ситуації і, відповідну до неї, потенційно корисну поведінку, ризиковану поведінку, тобто різноманітні стратегії поведінки. Якщо людина вважає, що у певній ситуації вирішуються її життєві інтереси, то тоді вона більш схильна приймати егоцентричні, загальні, дещо “грубі” рішення.

Третій принцип когнітивної моделі зазначає, що кожна людина володіє ідіосинкратичною (індивідуальною, своєрідною) сензитивністю та вразливістю, які призводять до психологічного дискомфорту. Наприклад, одна людина сприйматиме певні події як джерело стресу, а інша не звертатиме на них увагу. Різноманітні фактори можуть бути різною мірою стресогенними для різних людей.

Четвертий принцип звертає увагу на те, що розбіжності в індивідуальній сензитивності пов’язані із особистісною організацією людини. “Автономна” і “соціотропна” (фундаментальна, основна) особистість реагує на стресогенні фактори різних класів. Тому ймовірність виникнення психологічних порушень багато у чому залежать від вразливості людини, пов’язаної із її особистісною структурою.

П'ятий принцип говорить, що стрес несприятливо впливає на діяльність когнітивної організації. Коли людина вирішує, що її життєвим інтересам щось загрожує – починає діяти примітивна, егоцентрична когнітивна система: людина приймає односторонні рішення глобального характеру, впадає у крайнощі; у неї різко знижується вольовий контроль над мислительними реакціями, здатність до запам'ятовування та концентрації.

Відповідно до шостого принципу психологічні синдроми (такі, як депресія, тривожність) складаються із гіперактивних схем ідіосинкратичного змісту. Кожним синдромом керує особлива когнітивна констеляція (збіг обставин), у результаті чого виникають характерні для нього емоції та тенденції у поведінці. Когнітивний зміст синдрому знаходиться на континіумі (безперервності) із когнітивним змістом, який викликає подібні емоції і поведінку у нормальних життєвих умовах та ситуаціях.

Сьомий принцип констатує, що стреси, які виникають у спілкуванні, утворюють дезадаптивні когніції у людей вузького кола спілкування. Механізми поляризації та егоцентричної когнітивної спрямованості викликають підвищену активізацію механізмів, пов'язаних із психологічними синдромами.

За восьмим принципом, соматична реакція є незмінною і не залежить від того, чи є загроза фізичною або ж символічною. При мобілізації організму до боротьби, втечі або заціпенінні залучаються одні і ті ж самі когнітивно-моторні механізми, незалежно від вираження загрози (“фізичний напад”, “суспільний осуд”).

Отже, когнітивна психотерапія передбачає, що генеза неврозу бере свій початок тоді, коли у клієнта відбувається певне викривлення реальності, яке базується на помилкових передумовах і припущеннях. Ці неправильні уявлення виникають у результаті неправильного навчіння, у процесі пізнавального чи когнітивного розвитку особистості. Звідси легко вивести формулу психотерапевтичного лікування неврозу: психотерапевт допомагає клієнтові відшукати викривлення у мисленні і навчитися альтернативним і більш реалістичним способам формулювання свого досвіду.

### 11.3. Техніки когнітивної психотерапії

Оскільки аналіз і корекція автоматичних думок являються однією із основних проблем, з якою працює психотерапевт когнітивного напрямку, тому розроблено велику кількість психотехнік, які використовуються для перевірки обґрунтованості автоматичних думок [3, с. 107].

Розглянемо декілька психотехнік перевірки обґрунтованості автоматичних думок [2, с. 403; 3, с. 268].

**Сократичний діалог**, є домінуючим методом когнітивної психотерапії. В рамках цього методу терапевт задає такі питання, які дозволяють клієнту, по-перше, прояснити або визначити власну проблему, по-друге, ідентифікувати власні неадаптивні думки, переконання та образи.

**Метод катарсису.** Якщо клієнт сумний і не приймає себе як особистість, терапевт спонукує його до афективної вербалізації свого стану і до плачу. Коли клієнт плаче, тоді він починає себе жаліти, відбувається зміна неадаптованої думки щодо неприйняття власної особистості на симпатію до самого себе.

**Метод ідентифікації.** Терапевт розповідає клієнту про іншого клієнта з подібними проблемами. Клієнт ідентифікує себе з героєм розповіді, жаліє його, і, як наслідок, самого себе. Тому виникає зміна когнітивних установок.

**Заохочення гетероагресії** (при депресії) – переведення самозасудження у засудження інших. Гнів може надати відчуття сили і влади. Клієнт починає сприймати себе позитивніше.

**Метод відволікання** – залучення у цікаву діяльність (спілкування). Використовується для зниження рівня сильних емоцій і для зниження негативного мислення. Передбачає фізичну активність клієнта, його соціальні контакти та ігри і т.д.

**Метод записування подій дня.** Якщо жінка скаржиться на поведінку сина, терапевт дає пораду ставити знак “+” в аркуші спостережень щоразу, коли син послухається і знак “-”, коли син не послухається.

Якщо клієнт скаржиться: “До мене всі люди ставляться агресивно”, то терапевт дає таку ж пораду, відзначати “+” або “-” на кожну взаємодію із людьми.

**Імагінальна техніка.** Якщо клієнт скаржиться на те, що він щось не може зробити, то терапевт просить його уявити, те що клієнт це може

зробити, а потім стимулює клієнта спробувати це зробити у реальному житті.

**Техніка зосередження на думках**, які виникають у реальних психотравмуючих ситуаціях (спостереження *in vivo*). В імагінальній техніці (спостереження *in vitro*) під час терапевтичного сеансу клієнта просять за допомогою спогаду (уяви) відтворити психотравмуючу ситуацію. При цьому клієнта просять спостерігати за виникаючими автоматичними думками.

**Метод розігрування ролей.** Терапевт, наприклад, грає роль жорстокого критика. Депресивний клієнт йому передає власну позицію жорстокого самокритика. Терапевт критикує клієнта його словами і думками. Клієнт починає усвідомлювати, де він “перегинає палку” у власній критиці.

**Метод трьох стовпчиків.** У першому стовпчику описується ситуація. У другому – неадаптивні думки. У третьому – коректуючі думки. Це метод дослідження неадаптивних думок і систематизації, формування адаптованих думок.

**Реатрибуція.** У цій техніці клієнт заохочується до формулювання і перевірки інших пояснень причин подій. Особливо корисна ця техніка тоді, коли клієнт у всьому себе звинувачує. Техніка реатрибуції заохочує клієнта до перевірки реальності і пошуку адекватної атрибуції відповідальності шляхом перевірки всіх факторів, які впливають на ситуацію.

**Перевизначення.** Дозволяє більш адаптованим чином визначити проблему “Ніхто не приділяє мені увагу”. Це можна переформулювати: “Я потребую того, щоб інші простягнули мені руку і піклувалися про мене”.

**Децентрація.** Використовується при лікуванні тривожних клієнтів, які помилково переконані, що перебувають у центрі будь-якої уваги. У тривожних клієнтів запитують: “Як інші люди можуть читати Ваші думки?” Клієнта заохочують до перевірки цієї думки. Так, один студент дуже соромився говорити (відповідати в аудиторії), тому що був переконаний, що одногрупники постійно дивилися на нього і насміхалися. Під час терапії йому дали завдання спостерігати за одногрупниками замість того, щоб фокусуватися на власних емоціях. У результаті він прийшов до інших думок.

**Техніка запитань** готується таким чином, щоб клієнт міг просуватися до глибинних, погано усвідомлюваних неадаптованих



переконань. Наприклад, пацієнт скаржиться на те, що він тривалий час не зважається на одруження із жінкою, і це спричиняє внутрішню і міжособистісну напругу. Питання типу: “Що в цьому поганого?”, “Що Вас лякає?” послідовно призводять до відповідей: “Я втрачаю волю”, “Я втрачаю можливість знайти іншу, кращу жінку” і т.д.

На думку А. Бека та його послідовників будь-який психопатологічний розлад варто звести до базових неадаптивних думок (образів) – мішеней. Наприклад, при роботі з депресією А. Бек виділив такі 4 базові мішені:

1. Мішень “астенія”. Терапевтичний захід – заохочення до дії.

2. Мішень “розпач і суїцид”. Терапевтичний захід – клієнту демонструється непереконливість його уявлень про ситуацію, як безвихідну.

3. Мішень “самокритичність”. Терапевтичний захід може передбачати такі варіанти терапевтичної роботи: “Припустимо, я зроблю такі ж помилки, чи станете Ви мене за мною нехтувати?”

4. Мішень “відсутність задоволення”. Рекомендується вести щоденник подій дня, у якому варто оцінювати події знаками “+” та “-” [1].

#### **11.4. Результат психотерапевтичного впливу**

Когнітивні терапевти вважають, що за концентрації уваги та достатньо старанної роботи клієнта з допомогою психотерапевта автоматичні думки і пов’язані з ними перекручування можуть бути усунені. Їх можуть замінити раціональні, точні думки, а це в свою чергу призведе до більш щасливого і здорового способу життя [9].

Загалом, когнітивна терапія виділяє фактори, які допомагають максимізувати моментальний та довготривалий ефект терапії [4, с. 34-35]:

**1. Співпраця з клієнтом.** Чим вища ступінь співпраці терапевта і клієнта, тим більше кожен може взяти для себе в процесі терапії. Об’єднання зусиль не лише зміцнює атмосферу співпраці, але і закликає до пошуку, дослідження, підвищує мотивацію учасників, допомагає в подоланні багатьох труднощів, пов’язаних із психотерапією.

**2. Конструктивне ставлення до змін стану клієнта.** Коли клієнт демонструє покращення, терапевт повинен попросити його точно вказати, яким методом він досягнув це покращення. І клієнт, і терапевт повинні не лише передбачити можливі загострення і рецидиви, але і “вітати” їх, як цінне джерело інформації про факти, які підсилюють депресію, і як вдалу можливість для клієнта попрактикувати техніки когнітивної терапії.

**3. Постійне самодослідження.** Слід спонукати клієнта до досліджень суб’єктивного значення подій в ході терапії, особливо по її завершенню. Терапевту слід спільно із клієнтом розглянути навіть таку подію, як перспектива завершення терапевтичного курсу.

**4. Залежність навчіння від стану клієнта і підтримка близьких.** Зустріч терапевта із клієнтом слід призначати на той час, коли наявна найбільша ймовірність виникнення проблемної ситуації. Наприклад, відчуття самотності загострюється у багатьох клієнтів ввечері чи у вихідні дні. Інколи проблему, яка виникла зненацька, допомагає вирішити розмова по телефону. Або, терапевт може провідати клієнта в нього вдома, щоб допомогти вирішити проблеми, які виникають в конкретній ситуації (хатня робота, виконання домашнього завдання). У цьому відношенні терапевти когнітивної психотерапії підтверджують сучасну концепцію навчіння, відповідно до якої – уміння, які набуває людина в конкретному стані, будуть актуалізовані нею швидше в цьому ж стані, ніж в інших.

Факторами ефективності когнітивної психотерапії є:

– особистість психотерапевта: природність, емпатійність, конгруентність. Терапевт повинен вміти отримувати зворотній зв’язок від клієнта. Як тільки психотерапевт відчуває сірість терапії (“вирішення задач за формальною логікою”), тоді він звертається до саморозриття, використовуючи уяву, притчі, метафори і т. д.;

– правильні психотерапевтичні взаєностосунки передбачають врахування автоматичних думок клієнта про психотерапевта та запропоновані завдання. Наприклад: автоматична думка клієнта: “Робитиму нотатки у моєму щоденнику – через п’ять днів стану самою щасливою людиною на світі, всі проблеми і симптоми зникнуть і я почну жити по-справжньому”. Психотерапевт: “Щоденник – це всього-на-всього допоміжний засіб, миттєвого ефекту не буває; ваші нотатки у щоденнику – міні-експерименти, які надають вам нову інформацію про себе та свої проблеми”;

– якісне застосування методик, неформальний підхід до процесу когнітивної психотерапії. Техніки повинні використовуватися відповідно до конкретної ситуації. Формальний підхід знижує ефективність психотерапевтичного процесу і може сформувати нові автоматичні думки або фруструвати клієнта. Важливими є систематичність та врахування зворотнього зв'язку;

– реальні проблеми – реальні ефекти. Ефективність психотерапії знижується, якщо терапевт і клієнт ігнорують реальні проблеми.

Сигналами для когнітивного психотерапевта щодо припинення психотерапевтичного процесу можуть слугувати активна позиція клієнта у терапії, зміна терапії на самотерапію, використання клієнтом прийомів та технік у життєвих ситуаціях, вміння перевіряти істинність інтерпретацій.

На завершальній фазі психотерапевт пропонує клієнту перейти до обговорення переваг нового графіку зустрічей (меншої кількості сесій) та побоювань клієнта щодо припинення терапії. Для підведення підсумків та виникнення у клієнта відчуття завершеності, психотерапевт може попросити його підготувати на останню зустріч невелике есе, з описом усього, що той набув під час психотерапевтичного процесу. Психотерапевт може також запропонувати клієнту, по закінченню терапії, зустрітися через три, шість або дванадцять місяців (бустерні сесії). Загальна ціль бустерних сесій полягає в оцінці стану клієнта, плануванні подальшого закріплення досягнутих результатів. Оцінюючи прогрес клієнта психотерапевту допомагають наступні показники: зменшення вираженості симптомів; зміна у поведінці та мисленні, які фіксуються клієнтом у “Щоденному звіті автоматичних думок”. Психотерапевт може дати зрозуміти клієнту, що у важкий для нього момент той може звернутися до спеціаліста. Інколи сам факт наявності такої можливості допомагає клієнту впоратися самотійно із неприємностями.

## **Висновки**

Когнітивна терапія – це короткий, фокусуючий вид психотерапевтичної дії, який створений після виявлення взаємозв'язку між розумовими (когнітивними) помилками і

психологічними порушеннями. Структурно теорія когнітивної психотерапії пов'язана із когнітивною психологією, теорією обробки інформації, соціальною психологією, еволюційною біологією і психоаналізом.

В основі когнітивної терапії лежить принцип, відповідно до якого відчуття і вчинки людини залежать від того, як вона структурує інформацію про те, що з нею відбувається (наприклад, коли людина вважає, що певна ситуація являє для неї загрозу, тоді вона відчуває тривогу і прагне уникати небезпеку). У когнітивній психотерапії основна увага приділяється пізнавальним структурам психіки і особлива увага спрямовується на особистість, особистісні конструкти і логічні здібності особистості. В основі когнітивного підходу лежать теорії, які описують особистість з погляду організації пізнавальних структур. Саме з ними працює психотерапевт даного напрямку, причому у ряді випадків мова йдеться не лише про порушення пізнавальної сфери, але і про труднощі, які визначають проблеми спілкування, внутрішні конфлікти і т.д. Когнітивна психотерапія орієнтована на сьогодення.

Когнітивна терапія, відмінними особливостям якої є активність, структурованість і стислість, ефективно використовується при лікуванні депресії, тривожності, фобії, психосоматичних порушеннях, розладах травлення і хронічних болях. Цей підхід директивний, активний і спрямований на проблему клієнта, застосовується як в індивідуальній, так і в груповій формі, а також для корекції сімейних і подружніх відносин.

Поєднання вербальних методів і техніки біхевіоральної модифікації застосовується в рамках когнітивної моделі психопатології. Техніка побудована таким чином, щоб допомогти клієнтові виявити і скоректувати уявлення, які спотворюють реальність, та дисфункційні переконання, які лежать в основі когніцій. Покращення клієнтів відбувається у результаті того, що їх мислення і поведінка, при вирішенні психологічних і ситуативних проблем, стають реалістичними і адаптивними.

## Питання для самоконтролю

1. Хто сформулював основні положення когнітивної психотерапії?
2. Яка мішень когнітивної психотерапії?
3. Опишіть етапи когнітивної психотерапії.
4. Що означає термін “неадаптивні думки” в когнітивній психотерапії?
5. Опишіть межі застосування когнітивної психотерапії?
6. Назвіть та опишіть техніки когнітивної психотерапії.
7. Розкрийте суть психопатологічної моделі когнітивної терапії.
8. Назвіть фактори, що свідчать про завершення когнітивної терапії.

## Література

1. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии: учеб. пособие [для студ. вузов, которые обучаются по спец. “Психология”, “Соц. педагогика”] / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника–Центр ; М. : Алетейа, 1999. – 320 с.
2. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия: учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).
3. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
4. Когнитивная терапия депрессии / [Бек А., Раш А, Шо Б, Эмири Г.]. – СПб. : Питер, 2003. – 304 с.
5. Осипова А. А. Общая психокоррекция: учебное пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
7. Психотерапия : учеб. [для студ. мед. вузов] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 536 с. – (Национальная медицинская библиотека).
8. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.

9. Эволюция психотерапии: сборник статей. Осень патриархов: психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия / под ред. Дж.К. Зейга ; пер. с англ. – М. : Класс, 1998. – Т. II. – 416 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
10. Beck A. T. Cognitive theory and emotional disorders. / Beck A. T. – New York : American Book, 1976. – 356 p.
11. Beck A.T. Cognitive therapy of personality disorders / A. T. Beck , A. Freeman. – New York : Guilford Press, 1990.
12. Cognitive therapy of substance abuse / [Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S.]. – New York, 1993.



**Перлз Фредерік**  
**Perls Frederich**

**(1893-1970)**

Ф. Перлз – засновник гештальт-терапії, народився у м. Берлін (Німеччина). У 1936 р., будучи асистентом К. Гольдштейна в Інституті військових мозкових травм, ознайомився з ідеями гештальт-психології. Під впливом цього напрямку, у Ф. Перлза виникає уявлення про людину як цілісну, систему фізичних сенсорних, емоційних і когнітивних процесів.

Ф. Перлз навчався разом із К. Хорні, Ф. Дойч, проходив психоаналіз у В. Райха. Однак Ф. Перлз відійшов від

психоаналітичного підходу і знайшов відгук своїм ідеям у феноменології та екзистенціалізмі, а також у східній філософії. Після приходу до влади нацистів, Ф. Перлз виїхав з Німеччини спочатку до Голандії, а потім у Південну Африку, де організував Інститут психоаналізу. Після психоаналітичного конгресу 1936 р., де він зустрівся із З. Фрейдом, Ф. Перлз розчарувався у психоаналізі, а пізніше відкрито порвав із ним. У 1946 р. Ф. Перлз переїздить до США і у 1952 р. організовує Нью-йоркський інститут гештальт-терапії. Його перша книга “Его, голод і агресія” була опублікована у 1947 р. Серед наукового доробку автора найбільш популярними є книги “Гештальт-терапія дослівно” (Gestalt Therapy Verbatim) і автобіографія “Всередині і поза помийним відром” (In and Out of the Garbage Pail).

## РОЗДІЛ 12. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ

### 12.1. Суть гештальт-терапії

Мета гештальт-терапії полягає в тому, щоб допомогти людині віднайти саму себе, стати автентичною. При цьому поняття **автентичності** є швидше не суворим науковим концептом, а якоюсь метафорою, що призводить до труднощів її точного визначення. Проте, таких понять в теоріях особистості і психотерапії безліч. Зрозуміти їх лише за допомогою розуму неможливо, оскільки вони є плодом психопрактики, пов'язаної з особливими переживаннями. Тому слід не міркувати про те, що таке автентичність, а перебувати у процесі руху до неї. Передати дух гештальт-терапії так само важко, як і визначити, якого кольору вітер. Це особливе завдання, з яким впорався Ф. Перлз. Коли він навчався у майстра дзен-буддизму, той попросив його вирішити коан (парадоксальне завдання, відповіді на яке не існує в об'єктивному знанні): “Якого кольору вітер?” Ф. Перлз подув майстрові в обличчя, вирішивши парадоксальну задачу, а вчитель залишився задоволеним [3, с.354].

Прагнення до індивідуальності, цілісності, до власної неповторності, унікальності особистості складає головну особливість гештальт-терапії, яка відрізняє її від інших психотерапевтичних напрямів. Гештальт-терапія надає клієнту можливість піти від соціально-нормованих і соціально-контрольованих відчуттів до справжніх, відмовитися від стереотипів і кліше, відкритися новому досвіду. Основне завдання гештальт-терапевта полягає в тому, щоб “вибити” клієнта із звичної життєвої позиції, яка дозволяє йому ховатися від реальності, допомогти йому побачити все різноманіття життєвих виборів і стати вільним і відповідальним за своє життя. У гештальт-терапії немає слова “повинен”, воно замінюється “хочу”. Основне завдання психології і психотерапії Ф. Перлз вбачав не у тому, щоб пояснити, чому виникла та або інша проблема, а в тому, щоб відповісти на питання, як вона переживається, як впливає і т.д. Для відчуття повноти життя людині необхідне усвідомлення (не усвідомлення як розуміння, а усвідомлення як переживання, відчуття) сьогодення у всіх його вимірах [3, с. 354].

Минуле діє не безпосередньо, а через потреби і бажання сьогодення. Так, нова зустріч спортсмена із суперником, який колись



йому приніс поразку, в одній ситуації може наповнюватися бажанням взяти реванш, а в іншій – зневірою у власних силах. Минулий досвід може відігравати як конструктивну, так і деструктивну роль. Сприйняття минулого опосередковується емоційними проблемами сьогодення. Якщо людина уникає травматичні події, то вона нездатна перебувати “тут і тепер”. Це може бути і повернення в “золоте століття” дитинства, і втеча у майбутнє, чекання від майбутнього плати за втрачене сьогодення. Так людина створює сцену, на якій вона проводить репетицію майбутнього, страхуючи себе від можливих негараздів, але першими діючими особами на цій сцені є неприємності. Таким чином виникає тривожність. Програмуючи майбутнє, людина не залишає в ньому місця для нового, а уміння здобувати досвід, спонтанність викреслюються із життя.

У формуванні базових понять Ф. Перлз використовував терміни гештальтпсихології як одного з найбільш продуктивних і перспективних напрямків європейської психологічної науки. Метафори **гештальт**, **фігура і фон** виявилися придатними для опису емоційного досвіду людини. Ф. Перлз під **гештальтом** розумів результат інтеграції безлічі факторів, які діють у даний момент. Гештальт має й інше визначення – образ, який створюється суб’єктом у контакті з оточуючим світом в залежності від своїх потреб, бажань чи незавершених (на даний момент) ситуацій. **Фігура** – найбільш важлива частина поточного досвіду: емоція та потреба, які актуальні в даний момент. Описуючи функціонування людини Ф. Перлз використовував гомеостатичну модель: організм взаємодіє із середовищем в ритмі контакту-відходу. Виникаюча потреба вимагає контакту із середовищем і цей контакт передбачає усвідомлення, тобто переживання своїх відчуттів, емоційних реакцій. Актуальна потреба створює контакт із частинами поля, наділеними катексисом (Ф. Перлз використовував термін З. Фрейда). Формування гештальту супроводжується усвідомленням. Людина здійснює дії аби задовольнити потреби, асимілює їхній результат, завершує гештальт і тоді стає можливою робота над іншими важливими проблемами. При утворенні нового гештальту цикл повторюється [2, с. 198; 17, с. 122-114]. Утворення – знищення гештальту – відображає контакт організму з оточуючим середовищем і має чотири фази, які є взаємопов’язаними.

1. *Передконтакт* – це фон, задній план, на якому виникає відчуття найактуальнішої потреби організму у даний момент. Тут

утворюється гештальт, «щоб піти на контакт» з навколишнім середовищем.

2. *Контактування*. На цій фазі людина здійснює функцію вибору – «так» чи «ні» входження в оточуючий світ і робить вибір серед ресурсів навколишнього світу чи відторгує його.

3. *Фінальний контакт*. Навколишній світ відходить на задній план, і з'являється новий образ – обраний об'єкт. Суб'єкт встановлює з ним повний контакт. Наприклад, в міжособистісних стосунках замість чітко ідентифікованого «Я» і «Ти» може з'явитися «Ми», яке виражає любов, ненависть, страх, жах чи будь-яку іншу ситуацію контакту.

4. *Постконтакт*. У фазі повного контакту межа відкривається таким чином, щоб впустити об'єкт досвіду, а зараз вона закривається на цьому наявному досвіді і починається асиміляція.

Одним із основних термінів які використовуються в гештальт-терапії є саморегуляція. **Саморегуляція** передбачає усвідомлення. Ф. Перлз виділив три зони усвідомлення: зовнішній світ, внутрішній світ тіла, а також світ думок і фантазій. Для задоволення потреб необхідно контактувати із зовнішньою і внутрішньою зонами. Контакт може порушуватися чеканнями, плануванням, спогадами, асоціаціями, міркуваннями. Уся ця ментальна діяльність не відноситься до сьогодення, вона веде від контакту. Найчастіше, за допомогою такого способу, людина уникає неприємних переживань. Неусвідомлене, перерване переживання залишає гештальт незавершеним, і він осідає серед інших незавершених гештальтів. Цей осад поступово забруднює чистоту усвідомлення, перешкоджає при сприйнятті і переживанні. У результаті, людина спрямовує свою увагу на одну фігуру (потреби, емоції) та ігнорує інші. Наприклад, вона може постійно очікувати небезпеку або шукати схвалення.

Гештальт-терапія спрямована на зміну всього стилю життя клієнта. Психотерапевт, який працює в даному напрямі, прагне допомогти клієнту в прийнятті на себе відповідальності за свої думки, почуття і вчинки, зануритися в буття в теперішній момент, ввійти у повний контакт із реальністю, який базується на повному усвідомленні. Сформульовано три принципи гештальт-терапії: Я і Ти, що і як, тут і тепер [2, с. 205].

Ф. Перлз набагато менше довіряв раціональному Я, ніж психоаналітики, захищаючи природні імпульси і потреби. **Здоровий центр особистості** для Ф. Перлза – це глибинна,

природна сутність людини, в якій зосереджена мудрість організму – Самість. Якщо людина ідентифікує себе із Самістю, то її функціонування характеризується цілісністю і повнотою, вона довіряє своїм внутрішнім потребам, живе сьогоденням, вільно взаємодіє із середовищем на основі внутрішньої саморегулюючої тенденції. Якщо ж людина ототожнює себе з образом Я, вона діє відповідно до того, “як слід”, орієнтуючись на зовнішні стандарти. Тому процес усвідомлення блокується. Така людина не вірить своїм потягам і не реалізує внутрішні потреби. Вона не може досягнути інтеграції, не приймає відповідальності за свою поведінку. **Відповідальність**, тобто здатність відповісти на свої потреби, емоції, відчуття – один з найбільш важливих атрибутів здорової особистості [2, с. 205].

Відповідно до гештальт-терапії немає ніякої необхідності звертатися до минулого, воно саме спливає в сьогоденні через незавершені гештальти. Ф. Перлз вважав, що минулі переживання не настільки далекі, як вважають психоаналітики, вони лежать на поверхні і в будь-яку хвилину можуть стати фігурою. Не минуле, а сьогодення дає матеріал для роботи. Зміна способу реагування в сьогоденні є і засобом, і метою гештальт-терапії. Гештальт-терапевтів цікавить процес виникнення у полі сприйняття частин досвіду людини, того, як людина уникає усвідомлення. Тобто предметом уваги є сам процес усвідомлення. Ключовим поняттям для гештальт-терапевтів є усвідомлення. Під **усвідомленням** розуміють занурення у процеси внутрішньої і зовнішньої реальності, а не у міркування та роздуми [2, с. 206].

Психотерапевтичний процес проходить на рівні емоцій і відчуттів. Робота відбувається тоді, коли в теперішньому спливають незавершені гештальти. Терапевт прагне до того, аби клієнт досягнув ясності фігури, усвідомив незадоволені потреби, невиявлені почуття. Гештальт-терапевт працює не стільки зі змістом проблеми, скільки із способами, які перешкоджають встановленню контакту. Тому, для повернення контакту, клієнт концентрує свою увагу на перериванні усвідомлення. Завершення гештальту відбувається при визнанні потреб та емоцій, вираженні почуттів. У процесі психотерапії клієнт набуває новий досвід, отримує доступ до своїх емоцій, відчуттів, будує контакт із середовищем і різними частинами своєї особистості. Сильна емоція свідчить про дію невротичного механізму. У ході

терапії клієнт розлучається зі старими непродуктивними звичками, стереотипними переконаннями, звертаючи увагу на опір [2, с. 207].

У цілому гештальт-терапія нагадує процес реставрації картини, коли крок за кроком знімаються нашарування і проступає оригінал – щира, глибинна суть людини. Під час цього процесу клієнт проходить довгий шлях, що відповідає різним його рівням [2, с. 210].

Перший рівень – **рівень кліше**. Людина, яка знаходиться на цьому рівні, ще далека від безпосереднього досвіду, область її контакту невелика. Дії заміщені ритуалами, спілкування скорочене до знаків типу: “Як справи?” На другому рівні люди грають **ролі**. Вони виходять на сцену в обраній ними масці “приємної дами, у всіх відношеннях” або “крутого хлопця”, або “святої невинності” і відшукують відповідних партнерів, які можуть надати їм підтримку. Коли людина проходить цей рівень у психотерапії, вона знімає маску і досягає рівня **глухого кута** (антиекзистенційний рівень або рівень фобічного уникання). З цим рівнем пов’язане переживання порожнечі: людина не отримує підтримки від інших, не здатна на самопідтримку. Це важке переживання може обірвати процес усвідомлення, і тоді людина повертається до ігор та маніпуляцій. Саме ролі закривали це відчуття порожнечі. Але якщо зануритися у порожнечу, пройти через ніщо, пережити її, то за цим рівнем наступає рівень **внутрішнього вибуху**. Четвертий рівень переживається як смерть або страх смерті. Протилежні частини ніби завмирають. Якщо усвідомлення не переривається, вмирання переживається актуально, людина переходить на **експлозивний рівень зовнішнього вибуху**. Усвідомлення на останньому, п’ятому рівні дає зіткнення з глибинною сутністю особистості – із Самістю. Людина звільняється від своїх почуттів і може спонтанно переживати і виражати емоції: виявляється щире Я, відбувається вибух раніше заблокованих емоцій [2, с. 211; 3, с. 363–364].

Ф. Перлз описував чотири види вибухів. Це може бути **вибух горя, суму**, у якому переживається втрата або смерть, не виражені раніше до кінця, людина вибухає риданнями. Це може бути **вибух оргазму**, якщо раніше придушувалися сексуальні переживання. **Вибух** може бути пов’язаний з вивільненням **гніву**. І, нарешті, звільнення спонтанної радості може виражатися у **вибухом радості і сміху**. Ф. Перлз всіляко підкреслював природність психотерапевтичного процесу. Рух цим шляхом не можна форсувати,

як не можна допомогти вирости квітці, якщо тягти її догори. Вона сама тягнеться до сонця, у своєму ритмі, як і організм, керуючись власною мудрістю, прагне до самозцілення.

## 12.2. Генеза неврозу

Відповідно до гештальт-терапії організм розглядається як єдине ціле і будь-який аспект поведінки може бути проявом цілісності буття людини. Людина, у свою чергу, є частиною ширшого поля: організм – середовище. У здорової людини “межі” із середовищем є рухомими: виникнення певної потреби вимагає “контакту” із середовищем і формує гештальт, задоволена потреба завершує гештальт і вимагає “відхід” від середовища. У невротичної особистості процеси “контакту” і “відходу” є спотвореними, не забезпечують адекватне задоволення потреб [7].

Якщо людина усвідомлює свої потреби та бажання в даний момент, з них вибудовується чітка фігура, на якій потреби минулого і майбутнього є фоном. Розуміння людиною своїх потреб у даний момент дає можливість проявитися найбільш вагомій з них і спрямувати активність на її задоволення. Але на шляху задоволення потреби може виникнути перешкода, потреба може заперечуватися або подавлятися, і тоді рівновага організму порушується і гештальт залишається незавершеним. Цей опис можна порівняти із психоаналітичними трактуваннями, де ригідна фігура, що постійно виникає в полі сприйняття, є аналогом фіксації, а процес “вигнання” фігури – витіснення. У випадку, коли незавершений гештальт сильно тисне на людину, він припиняє перехід фігури у фон. Наприклад, страх матері за дитину, якій роблять операцію, надовго залишається незавершеним гештальтом. Гештальт залишається незавершеним, якщо потреба у вираженні почуття не стає чіткою фігурою, коли емоція стримується. Залишаючись у полі сприйняття, вона прагне стати чіткою фігурою, ніби миготить на тлі і тому повторюється, але знову без завершення. Незавершені гештальти переходять з минулого у сьогоднішнє в якості невідредагованих почуттів та незадоволених потреб. Наприклад, людина, яка не змирилася із втратою близького в глибині душі, надіючись на зустріч, бродить вулицями, як колись, і заново переживає свої почуття під час прогулянок вдвох, одночасно намагаючись думати про щось інше [2, с. 199].

Якщо людина не усвідомлює свої потреби, то вона не може визначити власні пріоритети, не знає чого хоче. Розумінню почуттів, потреб сьогодення заважають мимовільно спливаючі незавершені гештальти. Невротична особистість прагне контролювати свої імпульси, за допомогою раціональних дій разом з тим віддаляючись від досвіду безпосереднього переживання. Таким чином, саморегуляція змінюється контролем і подавленням частини емоцій та потреб. Незавершена ситуація вимагає розуміння і постійно знаходиться у полі сприйняття особистості, але у невротика вона відразу зникає внаслідок самопереривання. За Ф. Перлзом самопереривання є причиною неврозу [2, с. 199].

Коли людина закриває для себе травматичний досвід, тоді вона зменшує сенсорний потік, у зв'язку з чим в особистості з'являються "діри". Наприклад, якщо людина переживає ситуацію статевого акту як небезпечну, то вона відключає кінестетичний канал сприйняття і не отримує задоволення. Замість повного усвідомлення переживання вона може "тікати у майбутнє" і відчувати тривогу або звертатись до минулого почуття провини. Таким чином вона як би поселяється у світі фантазій. У ході психотерапії клієнт набуває контакт із зовнішньою і внутрішньою реальністю, повертається зі світу примар минулого і майбутнього в справжній, реальний світ почуттів і відчуттів [2, с. 201].

Основою виникнення невротичного конфлікту Ф. Перлз вважав зіткнення потреб організму із середовищем. Їхня фрустрація веде до подавлення бажань, руйнування контакту. Людина починає використовувати лише безпечні, з її погляду, способи взаємодії зі світом, у результаті чого змінюються її межі із оточуючим світом. Людина може спрямовувати усі свої зусилля на те, щоб бути подалі від людей. **Ізоляція** – це крайній прояв у спектрі різних способів взаємодії зі світом. **Відсторонення** відрізняється від ізоляції тим, що відбувається без напруги, ніби само собою. Прикладом відсторонення може служити медитація. Регресивні форми поведінки також можуть служити засобом уникнення контакту. **Контакт** є оптимальним способом існування, за якого відбувається зустріч людей без порушення меж кожної із них.

Здорова особистість адекватно усвідомлює межі між Я і не-Я. Якщо ж людина сприймає оточення як погане, вороже, вона створює рівновагу, втрачаючи межі і відступаючи, віддаючи свою "територію" чи намагаючись захопити чужу. Такий перерозподіл

“меж” веде до дій на спірній території законів психологічного захисту. Ці закони реалізуються в чотирьох видах невротичних механізмів: злитті, інтроєкції, проєкції, ретрофлексії.

**Злиття (конфлюенція)** – спосіб уникання контакту, коли об’єкт не стає чіткою фігурою, не сприймається окремо [2, с. 202; 3, с. 360]. Цей механізм спостерігається в екстатичних (проникнуті екстазом) станах, ритуалах. Так, немовля знаходиться у цілковитому злитті зі світом, значна кількість способів реагування набувається у злитті із людьми найближчого оточення. Психотерапевт працює із патологічним злиттям, коли людина не відокремлює себе від інших людей, засвоює їхні почуття, оцінки та звички. Чоловік і дружина, що знаходяться у патологічному злитті, не переносять найменших розходжень у звичках і симпатіях. Коли вони виникають, чоловік і жінка всіляко прагнуть або особистих змін, або вимагають змін у шлюбного партнера. Дії людини, яка використовує цей невротичний механізм, ритуалізовані, вона мало цікавиться будь-чим. Будь-яке “ми”, ідентифікація з іншими людьми захищає людину від прийняття на себе відповідальності, від здійснення власного вибору. При цьому Ф. Перлз відзначає, що злиття не завжди патологічне: людина може втратити “межу”, прослуховуючи прекрасну музику, насолоджуючись пейзажем, закохуючись. Патологічним воно стає тоді, коли воно спрямоване на руйнування контакту. **Відмова від контакту** – це спосіб уникання почуттів, які не схвалюються іншими людьми.

**Інтроєкція** також є способом запозичення чужого досвіду [2, с. 202]. Описуючи механізм виникнення інтроєкції і способів роботи з ним Ф. Перлз використовував метафору процесу травлення. Виникнення цього механізму пов’язане з періодом, коли дитина вчиться жувати і кусати. Вона блокує оральну агресію, не “пережовуючи” чужий досвід. Агресію Ф. Перлз вважав засобом проти інтроєкції, розуміючи під цим процес деструкції та асиміляції, своєрідного “психологічного переварювання”. При здоровому функціонуванні людина відкушує, пережовує і переробляє зміст. Вона здатна розрізняти корисне і шкідливе.

Невротична особистість, згідно Ф. Перлзу, не здатна зрозуміти, що їй потрібно, а що – ні, вона некритично асимілює почуття, думки, норми поведінки, ніби “заковтує” непережовані шматки [2, с. 202]. Інтроєктуюча людина стає психологічно “всеядною”, засвоюючи далекі для неї зразки поведінки, думки і почуття. Вона діє, відчуває і думає відповідно до очікувань інших людей. Хоча вона говорить “я”,

насправді її вустами говорять інші – вони, диктують їй, що вона повинна робити. Така людина не розбірлива у спілкуванні, її зв'язки поверхневі, вона не здатна на щирий контакт. Як правило, інтродекція дозволяє нормально функціонувати, використовуючи ігри і маніпуляції з людьми. Проблеми виникають, коли інтродект зіштовхується з природними почуттями і потребами, або якщо людина знаходить у собі неузгоджені інтродекти, наприклад, необхідність контролювати емоції і звичку діяти імпульсивно.

**Проекція** є протилежною інтродекції, коли межа проекції переноситься не всередину “Я”, а на зовні [2, с. 202]. Людина відокремлює частину власного Я і приписує іншим неприйнятні для Я-образу думки, почуття, бажання, перекладає на них відповідальність за свої вчинки. Вона не здатна до самоідентифікації, замість “я” вона вживає “вони”. При наростаючому гніві така людина може сказати: “Вона мене довела”. Ф. Перлз описував проектуючу людину, як таку, що оточена дзеркалами і уявляє, що дивиться назовні. Якщо проблеми інтродектуючої людини пов'язані з тим, що вона повинна робити, то проблеми проектуючої людини – що вона не повинна робити, ким вона не повинна бути. Якщо людина заперечує будь-яку особисту рису, тоді вона характеризує себе протилежними якостями. Тобто, якщо дитиною у дитинстві нехтували, то потім вона починає нехтувати іншими. Приписуючи іншим свої почуття, така людина виявляється відчуженою як до власних почуттів так і думок: “Мені спала думка”, – говорить вона. Така людина часто не в силах прийняти себе і свої переживання, їй здається, що проти неї увесь світ.

**Ретрофлексія** виникає, коли будь-який внутрішній імпульс, зустрівши перешкоду, змінює напрям [2, с. 203]. Тоді людина робить для інших те, що хотіла б від них отримувати сама. Наприклад, дружина алкоголіка, яка потребує допомоги, самовіддано допомагає іншим. Ретрофлексія означає зміну напрямку реакції, звернення її на себе, замість зміни середовища. У людині відбувається розкол, проводиться межа між різними частинами Я. Вона ідентифікує себе лише з певною частиною, з тією, яку вважає прийнятною – з Я-образом. Так, “ледача” частина може допомагати людині бути вільною і творчою, а “вперта” – забезпечує незалежність і, відкидаючи її, людина втрачає здатність відстоювати свої інтереси. У ретрофлексії можна побачити причини нарцисизму, самозвинувачення, суїцидальної поведінки. Людина може жаліти себе, звеличувати, нехтувати, боротися із собою. Від клієнта можна



почути: “Я не можу із собою впоратися”. Ретрофлексію можна розпізнати за тим, як часто вживається займенника “себе” і частки – “ся”.

Різні частини особистості діють в різних напрямках. У цій “війні частин” застосовуються різні засоби, одна частина може критикувати, засуджувати іншу, спостерігати за нею, карати, а інша, тим часом, може саботувати дії першої. Вони ділять “територію” і “поселяються” на різних частинах тіла. Наприклад, можна спостерігати, як одна рука тримає іншу, або як різні м’язи борються між собою: коли людина хоче розплакаться і стримує плач, б’є себе у груди, поривається піти, але залишається на місці. Як і у випадку з іншими невротичними механізмами, ретрофлексія не завжди патологічна. Вона проявляється у звичайній ситуації, коли людина стримує будь-які імпульси, але при цьому діє гнучко і доволіно. Критеріями невротичного характеру даного механізму є автоматизм і неусвідомленість.

У кожному з механізмів закріплюється певний визначений спосіб взаємодії зі світом. Зіштовхуючись із травматичними переживаннями, людина відкидає, блокує їх. Наприклад, людина може відгородитися від своїх почуттів і реагувати, діяти, як інші (патологічне злиття). Якщо людина виросла в умовах у яких не задовольнялися її потреби, то вона, зазвичай не усвідомлює їх і оперує даністю оточуючого світу. Коли вона не розуміє, що її цікавить, чого вона хоче, то, відповідно, не може реалізувати свої бажання. Така особистість інтроектує авторитет, який вказує їй, що робити та як себе відповідно поводити. Якщо людині не хочеться визнавати у собі будь-які імпульси, бажання, якості, вона може їх приписувати іншим людям (проекція). Або, наприклад – хтось чекає і не отримує визнання від інших – внутрішнім голосом він починає хвалити себе сам (ретрофлексія). Невротичні механізми, як правило, діють не ізольовано, вони переплітаються, утворюючи стиль взаємодії людини зі світом, та формуючи спосіб її емоційного реагування [2, с. 205].

У процесі гештальт-терапії, на шляху до розкриття своєї дійсної індивідуальності, клієнт проходить через п’ять рівнів, які Ф. Перлз називає **рівнями неврозу** [7].

**Перший рівень** – рівень фальшивих стосунків, ігор і ролей. Це шар фальшивої рольової поведінки, стереотипів та ролей. Невротична особистість відмовляється від реалізації свого “Я” і живе відповідно

до очікувань інших людей. У результаті власні цілі і потреби людини виявляються незадоволеними. Людина переживає фрустрацію, розчарування і безглуздість свого існування.

**Другий рівень** – фобічний – пов’язаний із 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 вона є, тому вона прагне уникати зіткнення зі своїми хворобливими переживаннями.

**Третій рівень** – рівень безвиході та 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. У результаті цього, людина дотримується статусу-кво, побоюючись пройти через безвихідь. Ці моменти пов’язані із переживанням своєї власної безпорадності.

**Четвертий рівень** – імплізія, стан внутрішнього збентеження, відчаю, огиди до самої себе, обумовлений повним усвідомленням того, як людина обмежила і подавила себе. На цьому рівні клієнт може переживати страх смерті. Ці моменти пов’язані із залученням величезної кількості енергії та зіткненням протиборчих сил всередині людини. Тиск, що виникає внаслідок цього, як їй здається, загрожує знищити її. Людина, зі слізьми відчаю, переживає свою рішучість, щоб самій прийняти ситуацію і впоратися з нею. Це шар доступу до свого справжнього “Я”.

**П’ятий рівень** – експлозія, вибух. Клієнт скидає з себе фальшиве нашарування, починає жити і діяти від свого справжнього “Я”. Досягнення цього рівня означає формування автентичної особистості, яка здатна до переживання і вираження своїх емоцій. Таким чином, гештальт-терапія – це підхід, спрямований на звільнення і самостійність особистості.

### 12.3. Техніки гештальт-терапії

Гештальт-терапія є одним з найбільш технічних підходів, у ньому мало представлені міркування про проблему, які часто не вирішують її, а лише віддаляють від реального досвіду переживань.

Це не означає, що бесіда як терапевтична процедура відкидається в гештальт-терапії, адже через розмову терапевт встановлює контакт із клієнтом, у ній говориться не про ситуації минулого, а про живі, свіжі відчуття, які не втратили своєї актуальності і значимості. Замість бесіди гештальт-терапевт використовує техніки, що дозволяють клієнту зануритися у досвід безпосереднього переживання.

У гештальт-терапії досить популярна так називана **човникова техніка**. У відповідь на розповідь клієнта психотерапевт вимовляє: “Ви усвідомлюєте цю пропозицію?” За допомогою такого способу клієнт переходить від говоріння до слухання, від опису до відчуття, від минулого досвіду до сьогодення, від відгомону почуттів до реальної емоції. Забезпечуючи почергові переходи, психотерапевт спрямовує увагу на поточні відчуття, створює умови для покращення контакту з реальністю і сприяє інтеграції [2, с. 212; 3, с. 366].

Коли психотерапевт бачить прояв почуттів клієнта в характерному русі, він запитує, що клієнт при цьому переживає. Якщо ж клієнт не може усвідомити емоції, йому пропонується підсилити жест, тон голосу, повторити висловлення. Так, один клієнт протягом короткого монологу кілька разів вжив словосполучення “на жаль”. Терапевт запропонував кожну фразу починати зі слів: “Я шкодую...” В результаті цього відбулося вираження почуття клієнтом, він довідався про подавлене почуття і пережив його, не придушуючи.

Інший спосіб досягнення більш яснішого усвідомлення почуттів полягає у **фокусуванні на тій частині тіла**, яке виражає неусвідомлюване переживання. Наприклад, під час сеансу психотерапевт помітив, що одна рука клієнтки погладжує іншу. Він каже: “Зараз ти – це твоя ліва рука. Говори від її імені”. Відповідь: “Я хвилююсь, мені важко, я хочу, щоб мене хтось заспокоїв”, – дозволила клієнтці зрозуміти її переживання [2, с. 212; 3].

Прийоми гештальт-терапії спрямовані на допомогу в усвідомленні і вираженні почуттів і потреб, невизнання яких блокує контакт із середовищем. Людині, існування якої пов’язане із пограничними конфліктами, важко підтримувати контакт, усвідомлювати поточні відчуття. Ф. Перлз створив спеціальну процедуру, яка дозволяє зануритися в досвід безпосереднього

переживання. Вона заснована на метафорі, в якій розрізняються внутрішня, зовнішня і середня зони усвідомлення. Клієнту пропонується протягом певного часу скласти пропозиції, які б починалися словами: “Зараз я усвідомлюю...”, – а закінчувати повідомленням про відчуття, які приходять із зовнішнього світу: зорові, слухові, тактильні і т.д. При цьому важливо не знаходитись в середній зоні – в інтерпретації, оцінці, потрібно легко сковзати по поверхні почуттів, тільки відзначати, бачити і чути. “Зараз я усвідомлюю Ваш уважний погляд”, – перехід у середню зону, тому що “уважний” це вже інтерпретація. Потім ця ж процедура повторюється у внутрішній зоні. Нерідко усвідомлення відчуттів тіла для клієнта є зовсім новим досвідом, він намагається змінити положення тіла, відчувши його неприродність. Під час цієї вправи немає необхідності працювати з тілом. Досить, щоб клієнт отримав доступ до відчуттів, що йдуть із тіла [2 с. 213-214].

Не слід думати, що гештальт-терапія – це своєрідний банк методів і прийомів, звідки варто витягати вправи під потрібною рубрикою. Всі техніки даного напрямку утворювалися в ході психотерапії, в унікальній ситуації взаємодії терапевта і клієнта. Пізніше вони могли використовуватися і в роботі з іншими клієнтами, але не переносилися на осліп і тим більше не фетишизувалися. Психотерапія – це завжди творчий процес, який ґрунтується на проникненні в суть проблеми.

Наведемо один приклад із роботи Ф. Перлза, коли він проводив практичне заняття зі студентами. Один з них зізнався, що боїться великих аудиторій, йому тривожно, коли багато людей на нього дивляться. Ф. Перлз попросив цього студента пройти по аудиторії, пильно дивлячись присутнім в очі. За допомогою такого способу він дивився замість того, щоб переживати. Після кількох хвилин тривожність студента знизилася. За словами Ф. Перлза, клієнт повернув свої “очі”. Використовуючи механізм проєкції, студент як би надавав право аудиторії судити себе. Роблячи вправу, він опанував проєкцією. Коли клієнт повернув “очі”, то став менше боятися аудиторію. Техніка **зробити навпаки** показала свою ефективність у роботі із проєкцією, але чи означає це, що в іншій ситуації, з іншим клієнтом Ф. Перлз працював би таким самим чином?

**Техніка ходіння по колу** є найвідомішою психотехнікою, відповідно до якої клієнт на прохання ведучого (техніку застосовують в груповій роботі) обходить всіх учасників по черзі і або говорить їм

щось, або певним чином з ними взаємодіє. Члени групи при цьому можуть відповідати. Цю техніку використовують для активізації членів групи, заохочуючи їх до ризику нової поведінки, свободи самовираження. Часто учаснику пропонують початок вислову з проханням завершити його, наприклад: Будь-ласка, підійдіть до кожного в групі і завершіть наступний вислів: “Я відчуваю себе незручно, тому що...” [5, с. 73; 7].

**Техніка “навпаки”.** Суть цієї техніки полягає у тому, щоб людина зіграла поведінку, протилежну тій, яка їй не подобається. Наприклад, сором’язливу людину попросили поводитися зухвало, ввічливого – грубо, того, хто завжди погоджувався, – зайняти позицію безперестанного відмовляння і т.д. Ця техніка спрямована на схвалення клієнтом себе в новій для нього поведінці і на інтеграцію в “Я” нових структур досвіду [5, с. 73; 7].

**Техніка експериментальне перебільшення** спрямована на розвиток процесів самосвідомості шляхом гіперболізування тілесних, вокальних та інших рухів. Звичайно це інтенсифікує почуття, пов’язані з тим чи іншим типом поведінки (гучніше повторювати фразу, виразніше робити рух і т.д.). Особливу цінність представляє момент, коли клієнт прагне подавити в собі будь-яке переживання. Така техніка сприяє розвитку внутрішньої комунікації [5, с. 73].

За допомогою техніки **“Я несуча за це відповідальність”** психолог звертається до клієнта з проханням виразити почуття або виказати думку з обов’язковим додаванням: “І я несуча за це відповідальність” [5, с. 74].

В гештальт-терапії є загальні принципи побудови психотерапевтичного впливу на клієнта, вони стосуються насамперед визначених мовних конструкцій [2, с. 215].

1) Вживання займенника “я” замість “ми”, “він”, “вони”. Використання займенника “я” дозволяє відновити межу, відчути “територію”, на якій людина може розпоряджатися сама (а не “вони” або інші “ми”). Зміна фрази дозволяє зробити крок до прийняття відповідальності на себе, а не делегувати її кому-небудь.

2) Заміна дієслова “не можу” на “не хочу”; “повинен” на “надаю перевагу”. Якщо людина говорить “не можу”, “повинен” то це означає, що вона відчуває певні обмеження, фрази з “не хочу” і “надаю перевагу” – показують можливість волі вибору, тобто людина ясно усвідомлює бажання, вибудовує пріоритети. Тобто, може знайти необхідні засоби задоволення потреб.

- 3) З'ясування того, що означає словом “це”.
- 4) Використання звертання замість опису (говоріння про когось).
- 5) Заміна питання “чому” на питання “як”. Така заміна не дозволяє зануритись у міркування, а звертається до почуттів.
- 6) Заміна питання на твердження. Питання передбачають вибір з різних альтернативних тверджень, який провокує непотрібне інтелектуалізування. Дійсний досвід переживань виражається в однозначних і ясних твердженнях.
- 7) Зняття мінімізації: “Я втомився” замість “Я трохи втомився”.
- 8) Використання теперішнього часу.

Оскільки незавершені гештальти впливають на актуальне переживання, то робота з ними відбувається з використанням теперішнього часу. Цей принцип відноситься і до роботи зі сновидіннями. В образах сновидіння Ф. Перлз не намагався побачити універсальні символи і розгадати їх. Він розглядав сні як екзистенційне послання людини до самої себе, як спонтанне вираження буття. В заплутаних образах сновидіння знаходять вираження, оживають частини особистості, які конфліктують і прагнуть до інтеграції в сьогоденні, а не в минулому.

Наведемо приклад використання гештальтського підходу до роботи зі сновидіннями. Терапевт звертається до клієнта: “Це Ваш сон. Кожен його елемент створений Вашою уявою і представляє частину Вашої особистості. Уявіть, що Ви – той будинок зі сну. Розкажіть про Ваші відчуття, переживання. Говоріть в теперішньому часі”. Клієнт каже: “Я – старий закинутий будинок. Колись в мені жили люди, їм було гарно і затишно. Вони прибирали, мили і чистили, піклувалися про мене. Але вони кудись зникли. Я з кожним днем все більше старію, роблюсь непридатним. Коли до мене зайшли перехожі, я подумав, що вони можуть залишитися, що я їм потрібен, і вони піклуватимуться про мене...” Робота зі сновидінням дала можливість клієнту прийняти переживання самотності. Продовження роботи дозволило відчути неадекватність самопідтримки, що виявляється в чеканні допомоги від інших. Оскільки гештальт-терапевти ставляться до сновидінь як до актуальної реальності, то клієнту можуть запропонувати переробити чи доповнити сон.

Для подальшої роботи був використаний метод “порожнього стільця” [2, с. 217; 3, с. 367]. Процедура виглядає наступним чином. Два стільці ставлять один навпроти другого. На один з них сідає клієнт, а на іншому він уявляє іншого учасника конфлікту. Спочатку він висловлює свої почуття, а потім пересідає на інший стілець і вживається в протилежний образ. Дуже важливо, щоб клієнт був у контакті зі своїми почуттями, інакше він не зможе вибудувати чітку “фігуру” і завершити гештальт. На кожному із стільців він вживається, в потрібний образ. Якщо клієнт нічим не відрізняється на рівні невербальних проявів на обох стільцях, то це свідчить про те, що фігура не чітка. Коли ж обидві сторони конфлікту усвідомлюються, між ними відбувається діалог. Ціль діалогу – завершити незавершений гештальт, виразити невиявлені почуття. Метод “порожнього стільця” використовується також для інтеграції двох частин в тому випадку, коли клієнт висловлює амбівалентні почуття. У поведінці це виявляється в не конгруентності. Процедура полягає в наступному [2, с. 218].

1) Клієнту пропонується подумати про внутрішній конфлікт або згадати ситуацію, у якій він хотів би діяти спонтанно, вільно та адекватно, але не зміг. На цьому етапі необхідно чітко розрізнити конфліктуючі частини.

2) Потім клієнт вибирає одну частину, щоб звернутися до іншої частини, яка знаходиться на іншому стільці, і виражає свої почуття. Коли ця частина “виговориться”, клієнт пересідає на інший стілець.

3) Друга частина відповідає першій і висловлює все, що відчуває. У ході діалогу вони уточнюються, які потреби реалізує кожна з них. Клієнт розуміє їхні взаємні претензії, спосіб їхньої взаємодії.

4) Діалог продовжується доти, доки частини не прийдуть до компромісу, віднайдеться спосіб мирного співіснування і вирішення проблеми.

Для цього психотерапевт створює метафору інтеграції. Наприклад, пропонує клієнту пересісти на третій стілець, який знаходиться на однаковій відстані від тих, де розташовувалися частини. Потім терапевт говорить, щоб клієнт узяв лівою рукою все гарне з одного стільця (клієнт перелічує потрібні йому якості, уміння), а правою все гарне з другого. Після цього руки з'єднуються. Метафора може бути візуальною: уявити сумку, куди вкладається все потрібне

для співробітництва обох частин. Процедура залежить від конкретної ситуації, важлива мета – прийняття клієнтом різних своїх потреб і почуттів. Якщо навіть частини не зуміли укласти договір, вони стають більш зрозумілими одна одній, завдяки чому в клієнта зростає саморозуміння [2, с. 219].

**Експериментальний (диссоційований) діалог** [7]. Це діалог між фрагментами власної особистості. Коли у клієнта спостерігається фрагментація власної особистості. Психолог пропонує експеримент: провести діалог між значущими фрагментами особистості. Наприклад, між агресивним і пасивним початком, між нападаючим і таким, що захищається. Це може бути діалог і з власним відчуттям (наприклад, з відчуттям страху), а також з окремими частинами тіла або з уявною (значимою для клієнта) людиною. Техніка гри наступна: навпроти 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 то від імені однієї, то від імені іншої психологічної позиції.

**“Великий пес” і “Щеня”** [7]. Широко вжитку набув прийом використання двох ігрових позицій: “Великий пес” і “Щеня”. “Великий пес” втілює обов’язки, вимоги, оцінки. “Щеня” втілює пасивно-оборонні установки, шукає прийоми, відмовки, виправдання, за допомогою яких можна обґрунтувати ухилення від обов’язків. Між цими позиціями відбуваються боротьба за владу і повний контроль над особою. Ця техніка володіє вираженим енергетичним потенціалом, підсилює мотивацію клієнта до більш адекватної поведінки.

**Незавершена справа** [7]. Будь-який незавершений гештальт є незавершеною справою, яка вимагає завершення. У більшості людей є немало незлагоджених питань, пов’язаних з їх родичами, батьками, товаришами по службі і т.д. Найчастіше це невисловлені скарги і претензії. Клієнту пропонується за допомогою прийому “порожнього стільця” висловити свої відчуття уявному співбесідникові або звернутися безпосередньо до того учасника 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...”.

**Проективні ігри на уяву** ілюструють процес проєкцій і допомагають учасникам групи ідентифікуватися з відштовхнутими аспектами особистості [7]. Найбільш популярною грою є “Старий покинутий магазин”. Клієнту пропонують закрити очі, розслабитися, а потім уявити, що пізно вночі він проходить по маленькій вулиці, повз старий покинутий магазин. Вікна брудні, але якщо заглянути, можна помітити якийсь предмет. Клієнту пропонують ретельно його розглянути, потім відійти від покинутого магазину і описати предмети, які він побачив за вікном. Далі йому пропонується уявити себе цим предметом, і, промовляючи від першої особи, описати свої відчуття, відповідаючи на запитання: “Чому він залишився в магазині? На що схоже його існування?” Ідентифікуючи себе із предметами, клієнти проєктують на них свої особистісні аспекти.

**У мене є таємниця** [7]. У цій грі досліджується відчуття провини і сорому. Кожного з учасників групи просять подумати про щось важливе, секретне, те, що є таємницею. Психолог просить, щоб учасники не ділилися цими таємницями, а уявили собі, як могли б зреагувати оточуючі, якби ці таємниці стали їм відомими. Наступним кроком може бути надання кожному учаснику можливість похвалитися перед іншими, яку страшну таємницю він береже у “собі”. Досить часто виявляється, що багато хто неусвідомлено дуже прив’язаний до своїх секретів як до чогось дорогоцінного.

**Перебільшення.** Велика увага в гештальт-терапії приділяється так званій “мові тіла”. Вважається, що фізичні симптоми точніше передають відчуття людини, ніж 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 важливе відкриття.

**Репетиція** [7]. На думку Ф. Перлза, люди витрачають багато часу, репетируючи на “сцені уяви” різні ролі і стратегії поведінки по відношенню до конкретних ситуацій та осіб. Часто відсутність успіху в діях, в конкретних життєвих ситуаціях визначається тим, як дана особистість в уяві готується до цих ситуацій. Така підготовка в думках і уяві часто проходить відповідно до ригідних і неефективних стереотипів, які є джерелом постійного неспокою, неадекватної поведінки. Репетиція поведінки вголос в групі із залученням інших учасників, дозволяє краще усвідомити власні стереотипи, а також

використовувати нові ідеї і рішення в цій області.

**Перевірка готової думки.** Трапляється, що психолог, слухаючи клієнта, вловлює в його словах якесь певне повідомлення. Тоді він може скористатися наступною формулою: “Слухаючи тебе, у мене виникла одна думка. Я хочу запропонувати тобі повторити цю думку вголос і перевірити, як вона звучить в твоїх вустах, наскільки вона тобі підходить. Якщо ти згідний спробувати, повтори цю думку кільком членам групи”.

У цій вправі міститься чинник інтерпретації прихованого значення поведінки клієнта, але психолог не прагне повідомити свою інтерпретацію клієнту, він лише надає пацієнту можливість досліджувати переживання, пов'язані з перевіркою робочої гіпотези. Якщо гіпотеза виявиться плідною, клієнт може розвинути її в контексті власної діяльності і досвіду. Ф. Перлз спочатку застосовував свій метод у вигляді індивідуальної корекції, але згодом повністю перейшов на групову форму, знаходячи її ефективнішою і економічнішою. Групова робота проводиться як центрована на клієнтові. 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 фрагментарні частини свого Я і завершуючи незавершені ситуації.

Отже, як бачимо, вся багатообразна техніка гештальт-терапії спрямована на забезпечення психологічної підтримки особистості, на звільнення людини від тягара минулих і майбутніх проблем і поверненні його “Я” в багатий мінливий світ особистісного реального буття. Таким чином, усе різномайття методичних процедур гештальт-терапії спрямовується на досягнення наступних цілей: прийняття та інтеграція різних “частин” особистості, асиміляцію інтроєктів, встановлення гарної межі між людиною і середовищем.

#### **12.4. Результат психотерапевтичного впливу**

У гештальт-терапії створено складну метафору, яка описує зміни клієнта. Це один із небагатьох напрямків, у якому наведені поняття, які характеризують не лише невротичне, але і здорове функціонування особистості. Для опису здорової особистості використовуються поняття контакту, усвідомлення, інтеграції

частин. **Інтеграція** означає, що людина усвідомлює усі свої потреби і життєві функції, знаходиться в контакті із середовищем для їхнього задоволення, занурена в процес життєдіяльності, а не живе минулим або чеканням майбутнього. Різні поняття не ховають, не заплутують, а уточнюють головний пафос цього підходу – допомогти прояву глибинної сутності особистості, яка дозволяє їй діяти відповідно до власної мудрості [2, с. 219].

У гештальт-терапії від клієнта очікується насамперед відповідальність за власні вчинки, думки та почуття. Проблема відповідальності як вектор духовних пошуків сучасної людини, більш відома в проекції на екзистенційну філософію, стала стрижневою і для психотерапії. У гештальт-терапії відповідальність є головним атрибутом **автентичної особистості** – ідеальної моделі розвитку людини.

Автентична особистість знає різницю між своїми відчуттями і думками, фантазіями, не приписує реальності свої уявлення, не жадає від неї відповідності своїм очікуванням. Приймати на себе відповідальність – це насамперед відповідати за свій внутрішній світ, розуміти почуття і потреби і діяти відповідно до них, довіряти інтуїції. Тому дії автентичної особистості конгруентні середовищу. Автентична особистість усвідомлює всі елементи взаємодії з оточуючим світом. Не середовище задає їй напрямок її дій, а власні потреби. При цьому автентична особистість усвідомлює межі своїх можливостей, не перебільшуючи і не зменшуючи їх. Вона шукає засоби для задоволення потреб, будучи при цьому вільною при їхньому виборі.

Така людина не попадає в залежність від інших і не приймає за них відповідальність. Безумовно, це не означає ізоляцію від людей. Відповідальна людина розуміє, коли їй потрібна допомога і може її попросити. **Відповідальність** – це переконання, що щастя залежить від неї самої, а не від інших людей та обставин. Автентична особистість сама створює ці обставини, свідомо вибирає свій життєвий шлях, здійснює власну життєву орієнтацію [2, с. 220].

Ф. Перлз описуючи автентичну особистість наголошував на самодостатності, особистій автономії. Деяким представникам цього підходу подібна позиція здається зайво ортодоксальною, вона пом'якшується прийняттям до уваги бажань інших. Проте, Ф. Перлз вважав, що це спосіб зняття з них відповідальності. Безумовно, позиція самодостатності має свої межі. Наприклад, батьки

відповідальні за життя і здоров'я своїх маленьких дітей, лікар відповідає за хворого. Не слід делегувати відповідальність тим, хто її не може взяти. І все-таки не можна не прийняти самодостатність і незалежність, відповідальність і волю, усвідомлення і спонтанність як ідеальні характеристики автентичної особистості. А автентична – означає справжня, реальна.

Життєва філософія гештальт-терапії сформульована К. Нарахно в дев'ятох своєрідних заповідях, що ведуть до автентичного існування [6]:

1. Живи тепер. Будь у сьогодні, а не в минулому або майбутньому.

2. Живи тут. Май справу з тим, що є, а не з тим, чого немає.

3. Не фантазуй. Досвід реальний.

4. Припини непотрібні міркування. Краще спробуй і подивися.

5. Виражай свої почуття замість того, щоб маніпулювати, пояснювати, міркувати, виправдуватися.

6. Приймай неприємності і біль так само, як і задоволення.

7. Орієнтуйся не на “повинен”, “варто було б” інших людей, а на себе. Не створи собі кумира.

8. Приймай повну відповідальність за свої вчинки, думки, почуття.

9. Будь сам собою.

В гештальт-терапії акцент зміщується з вирішення проблеми на навчання способів здорового функціонування. Психотерапевт, який працює в даному напрямку тонко балансує між фрустрацією, внутрішнім вибухом і полегшенням стану, активною направляючою позицією і визнанням повної відповідальності за зміни за самим клієнтом.

У гештальт-терапії відсутні жорсткі критерії того, якою повинна бути людина. Гештальт-терапевти притримуються теорії парадоксальних змін: людина починає змінюватися тоді, коли починає приймати себе такою, якою вона є, а не тоді, коли намагається бути такою, якою не є. У гештальт-терапії клієнт вчиться бути відповідальною за себе та свій вибір, свої контакти із оточуючими, стає автентичною особистістю – цілісною, усвідомлюючою свої потреби, можливості і межі, відкритою всьому новому, здатною до творчого пристосування з навколишнім середовищем. У результаті психотерапевтичного процесу знімаються табу суспільства на емоційність та її прояви [1, с. 367].

Гештальт-терапія має достатньо широку сферу застосування. Її використовують при роботі з невротичними і психосоматичними розладами, при роботі з дітьми, в організаційному і сімейному консультуванні. Деякі гештальт-терапевти вважають, що така терапія може бути використана навіть при лікуванні психотичних розладів на стадії ремісії і підвищити соціальну адаптивність таких клієнтів [3, с. 369].

## Висновки

Гештальт-терапія, створена американським психологом Ф. Перлзом під впливом ідей гештальтпсихології, екзистенціалізму, психоаналізу, отримала велику практичну популярність. Ф. Перлз переніс закономірності утворення фігури, встановлені в гештальт-психології у сферу сприйняття, в область мотивації людської поведінки. Виникнення і задоволення потреб він розглядав як ритм формування і завершення гештальтів. Функціонування мотиваційної сфери здійснюється (за Ф. Перлзом) за принципом саморегуляції організму.

Людина знаходиться в рівновазі з самим собою і навколишнім світом. Бути самим 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, які нав'язуються ззовні. І це призводить до порушення процесу саморегуляції організму.

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

Ф. Перлз розглядав особисте 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 відображаються свідомістю; 3. Середню – фантазії, вірування, стосунки.

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, змушує клієнта зосереджуватися на минулому і майбутньому, завдаючи шкоду сьогоденню, оскільки завершити гештальт (задовольнити потребу) можна лише в момент “тут і тепер”.

Гештальт-терапія прагне спонукати людину переживати власні фантазії, усвідомлювати власні емоції, контролювати інтонації голосу, рухи рук і очей, і зрозуміти раніше проігноровані фізичні відчуття для того, щоб вона знову змогла відновити зв'язок між усіма своїми особистісними аспектами і в результаті досягти повного усвідомлення власного “Я”.

### **Питання для самоконтролю**

1. Порівняйте психоаналіз і гештальт-терапією у вихідних теоретичних позиціях і методичних прийомах.

2. Що таке аутентичність?

3. Представте основні ідеї психологічних і філософських теорій, що вплинули на розвиток гештальт-терапії.

4. Назвіть основні теоретичні принципи гештальт-терапії?

5. Які особливості психотерапевтичного контакту в гештальт-терапії?

6. Які можливі порушення циклу контакту на кожній з терапевтичних стадій?

7. Опишіть основні техніки гештальт-терапії. Яким чином в них реалізуються теоретичні принципи цього напрямку?

8. Визначіть, до дій якого невротичного механізму відносяться наступні висловлювання:

а) У сина завжди були п'ятірки по літературі. Але наша вчителька стала до нього чіплятися. Це все через те, що він якось пожартував над нею.

б) Коли в мене щось не виходить, я злюся і нервую. Я добре себе знаю, якщо мені щось вдається, я вважаю, що це результат випадку. А при невдачі знаходжу купу помилок, за які себе караю.

в) Вона мене доводить до сказу. Мене виводить із себе її звичка розкидати все по квартирі.

г) Незручно так часто йому дзвонити. Він може подумати, що я нав'язуюся.

## Література

1. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / Бондаренко А. Ф. – [3-е изд., испр. и доп.]. – М. : Класс, 2001. – 336 с.
2. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии : учеб. пособие [для студ. вузов, которые обучаются по спец. “Психология”, “Соц. педагогика”] / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника–Центр ; М. : Алетейа, 1999. – 320 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).
4. Гингер С. Гештальт–терапия контакта / С. Гингер, А. Гингер ; пер. с фр. Е. В. Просветиной. – СПб. : Специальная Литература, 1999. – 287 с.
5. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
6. Нарахно К. Гештальт-терапия: отношение и практика теоретического эмпиризма / Нарахно К. ; под общ. ред. В. Зеленского ; пер. с англ. Рунихина А. А. – Воронеж : МОДЭК, 1995. – 304 с.
7. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учебное пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
8. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра: радость, печаль, хаос, мудрость / Перлз Ф. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 220 с. – (Золотой фонд психотерапии).
9. Перлз Ф. Гештальт семинары. Гештальт-терапия дословно / Перлз Ф. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 1998. – 327 с.

10. Перлз Ф. Гештальт-подход: свидетель терапии / Перлз Ф. ; пер. с англ. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 218 с. – (Золотой фонд психотерапии).
11. Перлз Ф. Практика гештальттерапии / Перлз Ф. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 472 с.
12. Перлз Ф. Практикум по гештальттерапии / Ф. Перлз, П. Гудмен, Р. Хефферлин ; пер. с англ. – СПб. : Петербург-XXI век, 1995. – 448 с.
13. Перлз Ф. Теория гештальттерапии / Перлз Ф. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 384 с.
14. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
15. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом / Рейнуотер Дж. – М. : Прогресс, 1992. – 240 с.
16. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
17. Рудестам К. Групповая психотерапия / Рудестам К. – [2-е изд.]. – СПб. : Питер, 2006. – 384 с. – (Золотой фонд психотерапии).
18. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.





**Карл Ренсом Роджерс**  
**Carl Ransom Rogers**

**(1902-1987)**

К. Роджерс почав наукову кар'єру у 1927 р. в Інституті дитячого виховання в Нью-Йорку. Через рік він поступив на кафедру вивчення дітей Товариства із запобігання жорстокого поводження з дітьми в Рочестері, штат Нью-Йорк. З 1940 р. К. Роджерс посідав посаду професора психології в університеті штату Огайо. Там він привернув увагу до своєї системи психотерапії, особливо після виходу в 1942 р. книги “Консультування і психотерапія: нові концепції у

практиці”. З 1945 р. він був виконавчим секретарем в університеті Чикаго, а потім працював в університеті Вісконсину. У 1951 р. К. Роджерс опублікував книгу “Клієнт-центрована терапія: сучасна практика, сенс і теорія”.

К. Роджерс займав пост президента Національної дослідницької ради Американської психіатричної асоціації і президента Американської психотерапевтичної академії. З 1966 р. він працював в Центрі по дослідженню людини, в створенні якого брав участь.

Сфера інтересів Роджерса значно ширша, ніж психотерапія. Це і педагогіка, і міжкультурні комунікації, міжнаціональні конфлікти і філософія психології. К. Роджерс – творець не просто нового типу психотерапії, а нового підходу до розуміння людини, в центрі якої – особистість.

## РОЗДІЛ 13. КЛІЄНТ-ЦЕНТРОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ

### 13.1. Суть клієнт-центрованої психотерапії

Днем публічного народження теорії К. Роджерса виявилася його зустріч з американськими психологами у 1940 р. У ранньому варіанті психотерапії, названому “недирективна психотерапія”, акцент робився на техніці рефлексії – відображенні терапевтом в словах почуттів клієнта (терапевтичне дзеркало). За допомогою такого зворотнього зв’язку останній отримує можливість усвідомити свої почуття і без терапевтичного керівництва, самостійно, прийти до визначених висновків та рішень.

В 1951 р. К. Роджерс змінив назву терапії на “клієнт-центровану” або “клієнт-орієнтовану” (client-centered). Новою назвою підкреслювалося, те що психотерапія не зорієнтована ні на теорію, ні на проблему, а на клієнта: клієнт вільний в терапії робити і говорити те, що він хоче, він рівноправний із психотерапевтом, він – ключова фігура в створенні психотерапевтичних змін. Одна з гіпотез клієнт-центрованої терапії полягає в тому, що людиною, яка краще розуміє і змінює клієнта, є сам клієнт. Термін “клієнт” в більшій мірі, ніж термін “пацієнт” є адекватним в неманіпулятивній, немедичній моделі психотерапії, відображає важливість поваги до людини, яка приходить за допомогою. Така людина сама відповідальна за свою зміну і не розглядається як об’єкт діагностики та лікування [1, с. 165].

В 60-70-х роках цей підхід значно розширився і змінив назву – “людиноцентрований” підхід, або підхід “орієнтований на людину” (person-centered approach). Психотерапія ж стала називатися як “людиноцентрована”, або “орієнтована на людину”; інша назва – “людиноцентрований підхід до терапії” [1, с. 165].

К. Роджерс і Р. Санфорд (1985) виділили наступні основні риси людиноцентрованої терапії: 1) гіпотеза, що визначені установки психотерапевта утворюють необхідні і достатні умови терапевтичної ефективності; 2) значний акцент на феноменологічному світі клієнта (звідси визначення психотерапії як клієнт-центрованої); 3) терапевтичний процес орієнтований на зміни в переживаннях, на досягненні здатності повніше жити в даний момент; 4) увага в більшій мірі приділяється процесам зміни особистості, а не статичній структурі; 5) гіпотеза, що ті ж самі принципи психотерапії можна

застосовувати до всіх людей, незалежно від того, до якої клінічної категорії вони відносяться – до психотиків, невротиків або до психічно здорових людей; б) інтерес до філософських проблем, які впливають із практики психотерапії [1, с. 166].

Суть психотерапевтичного контакту К. Роджерс описує метафорою “садівника”: гарний психотерапевт, немов садівник, дбайливо, терпляче, з любов’ю та увагою лише створює умови для актуалізації внутрішніх механізмів росту особистості клієнта. Акцент, таким чином, переноситься на забезпечення психотерапевтом необхідних і достатніх умов контакту з клієнтом, а, отже, і його терапевтичних змін. Забезпечити ці умови може далеко не кожен психотерапевт, тому що вони не є результатом певної терапевтичної техніки. Скоріше, вони являють собою особистісні установки самого психотерапевта, які є необхідними і достатніми умовами (що йдуть від терапевта) зміни клієнта.

Умова 1 – **емпатійне розуміння** клієнта, яке адекватно описується метафорою – ввійти в “шкіру клієнта”, або ввійти в його “черевики”. Це означає, що психотерапевт розуміє світ клієнта таким, яким бачить його сам клієнт. Причому розуміння світу клієнта – це не просте розуміння його слів, це – щось більше, ніж розуміння його глибинних переживань, це надання клієнту ясного розуміння того, що психотерапевт його дійсно розуміє. Досвід клієнта, пов’язаний з переживанням того, що психотерапевт розуміє його, дає клієнту силу розширити свою Я-концепцію. Таким чином, емпатійне розуміння означає не просто “налаштування” терапевта на світ клієнта, але і заохочення клієнта до подальшого дослідження свого внутрішнього світу [1, с. 168; 4, с. 44].

Емпатія в роботах К. Роджерса має наступні характеристики: по-перше, збереження в емпатійному процесі власної позиції психотерапевта, збереження психологічної дистанції між ним і клієнтом. Тобто, відсутність в емпатії ототожнення між переживаннями психотерапевта і клієнта, а не просто емоційно позитивного відношення (симпатії) психотерапевта до клієнта; по-друге, динамічний (процес, дія), а не статичний (стан, здатність) характер феномена емпатії. **Емпатія** – це відчуття світу клієнта, так якби він був його власним, але без будь-якої втрати цієї якості “як якби” [1, с. 170; 2, с. 374].

Умова 2 – **безумовне позитивне ставлення** (повага) до клієнта. Інші визначення цієї умови – сердечність, прийняття, турбота

і підтримка. Далеко не кожна людина зустрічає в житті безумовне позитивне ставлення до себе. Насамперед – це материнське ставлення, що дуже рідко відтворюється в дорослому житті. Безумовна повага – це повага без і поза всякими умовами, яка передбачає уникнення відкритої або прихованої оцінки, схвалення або несхвалення, інтерпретацій, це довіра до ресурсів клієнта в розумінні себе і позитивній зміні. В основі безумовної поваги лежить розуміння людини, яка має вроджену глибоку мотиваційну тенденцію до самоактуалізації – тенденцію до росту, розвитку, удосконалення потенційних можливостей [1, с. 171; 2, с. 375; 4, с. 46]. На думку К. Роджерса, тенденція до самоактуалізації властива будь-якому живому організму. Самоактуалізація – це прагнення живої істоти до зростання, розвитку, самостійності, самовираження, активізації всіх можливостей свого організму [19, с. 35].

К. Роджерс вважає, що прагнення до повної самореалізації є вродженим для кожного з нас. Так само, як рослини розвиваються, щоб вирости здоровими, як сім'я містить в собі прагнення стати деревом, так і людина схиляється до того, щоб знайти цілісність і найповніше себе реалізувати. Прагнення до здорового розвитку не є домінуючою силою, яка змітає убік будь-які перешкоди на своєму шляху. К. Роджерс розглядає її як домінуючу і мотивуючу силу в людині, що діє вільно, силу, яка не ослаблена ні подіями минулого, ні установками сьогодення [5;14].

Можна відзначити, що основна тенденція до актуалізації є єдиною спонукою, яка стверджується у цій теоретичній “системі...Я”, наприклад, є центральним поняттям в нашій теорії, але Я “нічого не робить”, воно просто виражає пануючу тенденцію організму, поводитися так, щоб підтримувати і підсилювати себе [18, с. 196].

Для К. Роджерса тенденція до самоактуалізації є не просто якоюсь однією спонукою серед множини інших, а центром, на якому сфокусована решта всіх прагнень [13]. К. Роджерс розглядає тенденцію до самоактуалізації як цілком конкретне утворення, властиве кожній людині. Така концептуалізація має ряд важливих наслідків. Перше: напрямок цієї тенденції унікальний, а отже, кожна людина йде до росту своїм шляхом, сама себе веде по обраному нею ж напрямку. К. Роджерс порівнював роль терапевта з роллю акушерки, який не створює дитину, а допомагає їй народитися. Одна з найбільш витончених метафор клієнт-центрованої психотерапії є метафора

парного танцю, в якому веде клієнт, а супроводжує психотерапевт [1, с. 171].

Умова 3 – **конгруентність психотерапевта**. Конгруентність, або достовірність, означає необхідність правильного символізування психотерапевтом його власного досвіду. Під досвідом розуміються як неусвідомлювані події, так і феномени, які представлені в свідомості і відносяться до певного моменту, а не до деякої сукупності минулого досвіду [6]. Якщо у психотерапевта відсутня довіра до клієнта, то він в процесі психотерапії веде себе обережно і захищається. Психотерапевт вносить у стосунки із клієнтом свої страхи і побоювання, а, можливо, починає грати з клієнтом, стаючи інконгруентним. Існує дві форми інконгруентності: 1) між почуттями психотерапевта і його усвідомленням цих почуттів; 2) інконгруентність між усвідомленням цих почуттів і їх вираженням. В другій формі інконгруентності психотерапевт свідомо приховує свої почуття, намагаючись бути “професіоналом” у стосунках із клієнтом. Такий “професійний фасад” антитерапевтичний для людиноцентрованого терапевта. Результат інконгруентності – встановлення “подвійних зв’язків” із клієнтом: розходження між вербальною і невербальною поведінкою, словами і почуттями. Психотерапевт не повинен грати роль психотерапевта: посміхатись, коли несмішно, засмучуватися, коли не сумно, але психотерапевт повинен бути у терапії самим собою. Такий психотерапевт здатний вплинути на інших людей, встановити “прозорі” відносини з клієнтом. Конгруентність пов’язана із охочим вираженням психотерапевта своїх стійких почуттів, відкритістю в контакті та ухилянням від спокуси сховатися під маскою професіоналізму. Так, засобом клієнт-центрованої психотерапії є особистість психотерапевта, а не технічні прийоми [1, с. 173; 2, с. 376].

Наведені вище три умови терапевтичної зміни клієнта – це одночасно вимоги до ідеального психотерапевта. В реальності можна лише як завгодно близько наближатися до цього ідеалу.

К. Роджерс в якості механізму зміни клієнта розглядав самоактуалізуючу тенденцію. Варто розрізнити механізм як джерело психотерапевтичної зміни клієнта (і з цього погляду самоактуалізуюча тенденція є таким механізмом зміни, а метафорою, що адекватно описує такий механізм є метафора садівника) і механізм як конкретний процес, що відбувається в клієнті. У відриві від конкретної особистості клієнта та особливостей її руху в

психотерапевтичному процесі важко вказати на специфічно роджеріанські процесуальні механізми зміни клієнта. Це може бути і когнітивне переструктурування, і дисоціація емоцій від когнітивної сфери, і розширення свідомості і т.д. Задача клієнт-центрованого терапевта полягає в створенні умов ініціації механізму зміни клієнта. Вибір того, що буде робити клієнт в терапії залишається за ним, і з цього погляду цілком нормальна ситуація, коли клієнт лише виговорюється перед терапевтом, випускає “пару”, використовується механізм катарсису. Таким чином, специфічний психотерапевтичний механізм не задається рамками самої клієнт-центрованої терапії і її технік [1, с. 178].

Загалом в клієнт-центрованій психотерапії виділяються такі умови психотерапевтичного процесу [7]:

- 1) два індивіди перебувають в контакті;
- 2) клієнт знаходиться в стані неконгруентності, якщо він вразливий або тривожний;
- 3) психотерапевт конгруентний у відносинах;
- 4) психотерапевт переживає безумовну позитивну оцінку по відношенню до клієнта;
- 5) психотерапевт переживає емпатійне розуміння внутрішньої системи координат;
- б) клієнт переживає, хоча б мінімально, умови 4-ї і 5-ї, тобто безумовну позитивну оцінку і емпатійне розуміння його психотерапевтом.

Комунікації психотерапевта можуть мати як вербальну, так і невербальну природу, важливо, щоб, як це вказано в умові “б”, комунікація була сприйнята та була ефективною. Технічні засоби є доповненням позиції психотерапевта і самі по собі вони не забезпечують психотерапевтичного просування. Найбільш використовуваними прийомами є [7]:

- вербалізація – вислів іншими словами того, що повідомив клієнт, уникаючи тлумачення, привнесення свого матеріалу. Це перефразовування, що має на меті виділити найбільш вагоме і звернути увагу хворого на гострі “кути”, а також показати, що його не лише слухають, але і чують;
- уміле використання мовчання, мовчазне схвалення;
- віддзеркалення емоцій – повторюються ті слова клієнта, в яких безпосередньо виражаються емоції.

К. Роджерс підкреслював, що питання повинне стояти не про

те, як поводитися психотерапевту, а про те, яким йому бути. Він є лютим супротивником нозології, будь-яких класифікацій, оскільки вони є результатом інтелектуальних зусиль психотерапевта, за наявності яких ситуація, що безпосередньо сприймається клієнтом, спотворюється досвідом лікаря. У клієнт-центрованій психотерапії вважаються прийнятними одні і ті ж умови, незалежно від індивідуальних характеристик самого клієнта. З посиланням на досвід автор методу указує, що немає ні необхідності, ні користі в тому, щоб будувати певні відносини залежно від типу клієнта [7].

Домінантою цієї частини концепції є конгруентність, або достовірність, психотерапевта у стосунках, тобто психотерапевту слід правильно символізувати власний досвід. Загальна тенденція спрямована на вираження або повідомлення пацієнту своїх стійких відчуттів. Проте не слід чекати від психотерапевта, щоб він був цілком конгруентною особистістю в кожен конкретний момент. Вищенаведені умови – це ідеальні умови, тобто вони повинні дотримуватися до певного ступеня. Але чим більш вони виражаються, тим з більшою вірогідністю йтиме процес психотерапії і тим значнішим буде ступінь реорганізації особистості [7].

### **13.2. Генеза неврозу**

Дитина, яка не живе в кліматі безумовного позитивного ставлення і переживає позитивне ставлення до себе лише тоді, коли виправдовує очікування значимих осіб (батьків, вчителів і т.д.), знаходиться в постійному, часто неусвідомлюваному побоюванні втрати позитивного ставлення до себе. У свідомості дитини внутрішній досвід поділяється на “гарний” і “поганий”, і, відповідно, той що узгоджується і не узгоджується з очікуваннями інших осіб. Страх втрати схвалення і прийняття, який переживається дитиною, є патогенним і блокує тенденцію самоактуалізації. Дитина починає уникати або заперечувати власний досвід самоактуалізації, свій природній досвід. Наприклад, батьки можуть не приймати агресивну поведінку дитини, її плач, крик і т.д. Природно виникаючий гнів дитини блокується. Формується особистість з ретрофлексивним гнівом і гіперрозвиненим почуттям провини, в Я-концепції в якій зовсім відсутній гнів, яка переживає значні труднощі аби сказати іншим людям “ні”. Разом з тим така особистість має “переповнене” гнівом

тіло (напружені м'язи шиї і верхня частина спини). Також можливі інші варіанти інконгруентності між свідомістю і несвідомим, почуттями і словами, поведінкою і почуттями і т.д. Наприклад, клієнт вербально повідомляє про те, що був улюбленою дитиною в родині, а психотерапевт відчуває клієнта як “самотнього і покинутого” батьками; клієнт говорить, що не відчуває тривогу, а психотерапевт вловлює її наявні ознаки [1, с. 176].

Така інконгруентність охороняє Я-концепцію особистості: людина сприймає себе такою (поводиться так), якою її хочуть бачити близькі люди. Відмова від себе на користь інших, інконгруентність зі своїм природним досвідом є патогенетичним механізмом розвитку неврозу. Інконгруентність підтримують два механізми психологічного захисту: заперечення і перекручування. Перший механізм полягає в недопущенні у свідомість психотравмуючого досвіду, який особистість несвідомо отримує завдяки здатності до субцепції (несвідомого сприйняття). Перекручування – це така інтелектуальна переробка матеріалу, що робить його безпечним для Я-концепції. Тривога супроводжує інконгруентність Я-концепції та власного досвіду. Досвід, який не узгоджується із Я-концепцією може “вриватися” у свідомість людини зненацька, так, що захисти не в змозі з ними впоратися. В результаті відбувається “розпушення” Я-концепції, яке дуже болісно переживається людиною, тому що вона не в змозі асимілювати інконгруентний досвід, наповнений внутрішньою напругою і конфліктами [1, с. 177].

К. Роджерс не розділяє людей на пристосованих або погано пристосованих, хворих і здорових, нормальних і ненормальних; замість цього він пише про здатність людей сприймати свою реальну ситуацію. Він вводить термін відповідність, що позначає точну відповідність між досвідом, комунікацією і усвідомленням. Високий ступінь відповідності передбачає, що комунікація (те, що людина повідомляє іншому), досвід (те, що відбувається) і усвідомлення (те, що людина помічає) більш менш адекватні один одному. Спостереження самої людини і будь-якого стороннього спостерігача співпадатимуть, коли людина володіє високим ступенем відповідності [13].

Маленькі діти проявляють високий ступінь відповідності. Вони виражають свої відчуття з такою готовністю і так повно, що досвід, комунікація і усвідомлення для них майже одне і те ж саме. Якщо дитина голодна, то вона заявляє про це. Коли діти люблять або



сердяться, вони виражають свої емоції цілком відверто. Можливо, в цьому причина того, що діти з такою швидкістю переходять з одного стану в інший. Дорослим для повного вираження відчуттів перешкоджає емоційний багаж минулого, який вони відчувають при кожній новій зустрічі. Відповідність добре ілюструється приказкою дзен-буддистів: “Коли я голодний, я їм; коли я втомлююся, я сідаю відпочивати; коли я хочу спати, я лягаю і засинаю” [14].

Невідповідність виявляється в неспівпадіннях між усвідомленням, досвідом і комунікацією. Наприклад, люди проявляють невідповідність, коли вони виглядають сердитими (стискають кулаки, підвищують голос і починають лаятись), проте навіть під тиском наполягають на протилежному. Невідповідність також виявляється у людей, які говорять, що вони чудово проводять час, а насправді нудьгують, переживають почуття самотності або незручності. Невідповідність – це нездатність точно сприймати реальність, нездатність або небажання точно повідомляти про свої відчуття іншому або і те, і інше одночасно. Коли невідповідність виявляється в неспівпадінні переживань і їх усвідомленні, то це К. Роджерс називає придушенням, або запереченням. Людина просто не усвідомлює, що робить. Більшість психотерапевтів працюють саме над цим аспектом невідповідності, допомагаючи людям повніше усвідомлювати їх вчинки, думки і відносини в тому ступені, в якому поведінка клієнтів впливає на них самих та на терапевта [14].

Чим більше здатність терапевта уважно прислухатися до того, що відбувається всередині нього самого, і чим більше він здатний, не випробовуючи страху, усвідомити всю складність власних відчуттів, тим вище ступінь його відповідності [18, с. 61].

Коли невідповідність виявляється у вигляді неспівпадіння між усвідомленням і комунікацією, то людина не виражає своїх справжніх відчуттів або переживань. Людина, яка проявляє цей вид невідповідності, може здаватися брехливою, не автентичною і ганебною. Подібна поведінка часто обговорюється на сеансах групової терапії або групових сесіях. Людина, яка одурює або поводить ганебно, може виглядати злою. Проте тренери і терапевти говорять про те, що недолік соціальної відповідності і видиме небажання спілкуватися, насправді, свідчать не про злий характер, а про знижений самоконтроль і сприйняття людиною самої себе. Із-за страхів або насилу подоланої застарілої звички до скритності, люди втрачають здатність виражати свої справжні емоції. Трапляється і

таке, що людина зазнає труднощів, намагаючись зрозуміти бажання інших, або не може виразити своє сприйняття так, щоб це було їм зрозуміло. Невідповідність виявляється у відчутті напруження, тривоги; в екстремальній ситуації невідповідність може виражатися у втраті орієнтації і замішанні. Пацієнти психіатричних клінік, які не знають, де вони знаходяться певний час доби або навіть забувають свої імена, проявляють високий ступінь невідповідності. Невідповідність між зовнішньою реальністю і їх суб'єктивним досвідом настільки велика, що вони більше не можуть діяти без стороннього захисту [14].

К. Роджерс підкреслює, що невідповідність будь-якого роду обов'язково повинна вирішуватися. Конфліктні відчуття, ідеї або інтереси самі по собі ще не є симптомами невідповідності. Фактично, це нормальне і здорове явище. Невідповідність виражається в тому, що людина не усвідомлює ці конфлікти, не розуміє їх і, отже, виявляється не в змозі вирішити або збалансувати їх. Невідповідність можна спостерігати, якщо людина робить наприклад, такі зауваження: “Я не можу нічого вирішити”, “Я не знаю, що я хочу” і “Здається, я ніколи ні на чому не зупинюся” [14].

### **13.3. Техніки клієнт-центрованої психотерапії**

Клієнт-центрована психотерапії здійснюється в індивідуальній і груповій формах. Терапевтичне інтерв'ю являє собою або індивідуальну форму, в рамках якої зустрічаються психотерапевт і клієнт та групову форму, представлену групами зустрічей. Техніки клієнт-центрованого підходу – це не спосіб діяльності (дії), а спосіб існування з клієнтом. Тому вони розглядаються як такі, що створюють необхідні і достатні умови терапевтичної зміни клієнта. Роджеріанський терапевт відповідальний лише за свою роботу, змінюватися або не змінюватися – це вибір клієнта.

У клієнт-центрованій психотерапії терапевт і клієнт сідають навпроти один одного (часто під невеликим кутом). Контакт із клієнтом встановлюється протягом перших п'яти хвилин. Якщо це не відбувається, то, як правило, клієнт блокується. Терапевт супроводжує клієнта у його переживаннях, так як дана терапія центрована на клієнтові, а не на проблемі. Тому немає ніякої необхідності тягти (підштовхувати) клієнта в його проблему: клієнт

сам вільний вибирати предмет розмови. Підштовхування до обговорення таємної проблеми може здійснюватися і спрямованими питаннями, і невербальними засобами (наприклад, тональними зниженнями голосу: “Я відчуваю, що Вам важко”. Тональний рух вниз запрошує клієнта “впасти” вниз, у проблему). Причому, зміст реакції психотерапевта може при цьому бути індиферентним стосовно проблеми клієнта: “Я готовий бути з Вами”. Скільки може витримати клієнт в обговоренні власної проблеми і чи хоче він взагалі про неї говорити – те, що варто відчувати терапевту, і з чим варто працювати [1, с. 184].

Терапевт супроводжує клієнта не у проблему, а у глибину його внутрішнього світу, досвіду його переживань, які важливі для клієнта “тут і тепер”. Деякі клієнти не спроможні сформулювати власну проблему на психотерапевтичному сеансі. Тому сам терапевт формулює проблему або глибинні переживання клієнта за нього. Такій спосіб роботи, по-перше, спрямовує клієнта, по-друге, “втягує” клієнта у проблему, не враховує готовності клієнта самому ввійти у проблему. Таке формулювання терапевтом проблеми чи глибинних переживань клієнта за нього самого може призвести до того, що психотерапевт йде попереду клієнта, випереджає його, задає процес. Така ситуація може лякати клієнта, заблокувати його просування у психотерапевтичному процесі [1, с. 184-185].

Питання під час терапевтичного процесу типу: “І давно Ви це відчуваєте? ”, “Як часто... ”, “Як Ви думаєте, яка причина цього?” і т.д. інтелектуалізують ситуацію, і в результаті цього клієнт виходить із процесу терапії. Питання терапевта на уточнення, на розуміння ситуації можуть блокувати клієнта. Терапевту не слід поспішати запитувати клієнта, просити його уточнити що-небудь, якщо проблема залишається незрозумілою. Головне – бути у процесі з клієнтом. Тому питання психотерапевт задає насамперед не для себе, а для клієнта. Ці питання допомагають клієнту бути у процесі, а, можливо, і прискорити та поглибити його. Якщо клієнт розповідає те, що є не зовсім зрозумілим, і при цьому плаче, психотерапевт може відреагувати таким чином: “Це настільки важко для Вас, що Ви плачете...”, або, якщо клієнт стримує сльози, можна відреагувати: “Я відчуваю, що у Вас в горлі застряг плач, я готовий прийняти Ваші сльози...” і т.д. Найбільш витонченою метафорою психотерапевтичного процесу є метафора парного танцю, у якому веде клієнт, а супроводжує психотерапевт. Варто уникати висовування версії проблеми клієнта і

вести клієнта за цією версією, збираючи в ході інтерв'ю матеріал, що підтверджує її істинність. Будь-які діагнози, версії, інтерпретації порушують процес терапії [1, с. 185]. [

До технік клієнт-центрованої психотерапії відноситься **рефлексивна техніка**. Дана техніка передбачає, що психотерапевт, як дзеркало, відображає переживання клієнта, і це відображення дозволяє клієнту усвідомити свій внутрішній досвід, неузгодженість досвіду з Я-концепцією, перекручування в Я-концепції. Наприклад: клієнт, який прийшов на прийом, може повідомити наступне: “Я під час сну бачив свою матір; коли я їхав до Вас, я думав про неї. Я дуже втопився. У мене проблеми з дружиною, дітьми, моїм директором на роботі...” Можливі терапевтичні відповіді: “Багато на Вас звалилося”, “Це занадто багато для Вас”, “Ви почуваете себе втомленим”, “Ви не знаєте, з чого почати свою розповідь...”, “Я бачу, що Ви маєте серйозні проблеми” і т.д. Не всі вище наведені терапевтичні реакції ефективні. Розповідь клієнта, можна розділити на п'ять частин: 1) сновидіння про матір; 2) міркування про матір (невідомо, добра вона чи погана, любить він її чи ненавидить); 3) втома (не сказав про причину втоми – від поганого сну, важкої роботи, конфліктів і т.д.); 4) проблеми з дружиною, з дітьми (але клієнт не сказав, які конкретно ці проблеми); 5) проблеми з директором на роботі (які саме, клієнт не сказав). Терапевт, звичайно, може мати свою версію (наприклад, саме головне – це стосунки із матір'ю, або, навпаки, відносини з дружиною і т.д.) і спрямувати клієнта на обговорення саме цього аспекту його скарги. Всі терапевтичні реакції на приватний аспект скарги (наприклад, “Ви почуваете себе втомленим”) є не найкращими. Реакція типу: “Я бачу, що Ви маєте серйозні проблеми” хоча і не є реакцією на приватні аспекти скарги, та представляється директивною, тому що змушує клієнта говорити лише про проблеми. Клієнт має право сам вибирати, про що, скільки і коли хоче говорити, і відповідальний перед собою за цей вибір. Для реакції типу: “Ви сказали багато, але скажіть ще що-небудь”, – характерний тиск на клієнта. В реакції типу: “Останнім часом є що-небудь або хто-небудь, що радує Вашу душу?” – так проявляється “глухота” терапевта до клієнта. Терапевт ніби говорить: “Давай не будемо про погане, поговоримо краще про гарне, хороше”. Реакція типу: “Зі мною теж так було, і я Вас добре розумію” – не є супроводом клієнта (терапевт не повинен говорити

про себе). Не потрібно також і “тягти” клієнта у проблему (наприклад, “Вам важко, і Ви відчуваєте, що ця проблема не вирішується”), а супроводжувати його. Гарною була б наступна реакція терапевта: “Ну так, сьогодні ранком багато відбулося з Вами”. Потім варто зачекати. У цей час клієнт вирішує, про що говорити (з цих п’яти частин) і чи потрібна йому допомога у зміні. Така реакція терапевта надає свободу клієнту, у тому числі – свободу не змінюватися. І в цьому випадку не потрібно тягти клієнта у терапію [1, с. 187].

Можлива й інша техніка – **техніка повторів** – психотерапевт просто переказує те, що сказав клієнт: “Вам приснилася мати, і Ви думали про неї, коли їхали до мене на прийом...”. Після такої реакції терапевта настає пауза. Якщо клієнт, надаючи свою скаргу терапевту, говорить багато, то техніка повторів не спрацює – вона виведе клієнта з процесу. Тут доречно використовувати техніку узагальнення. Наведений перший варіант ефективної відповіді і є узагальненням. В якості прикладу наведемо наступну ситуацію: одного разу на сеансі спільної сімейної терапії дружина, роздратовано, з образою, в голосі говорила, що не очікувала недовіри чоловіка (не хоче прописати у помешканні). Чоловік любив свою дружину, але мав досвід невдалого першого шлюбу. Він агресивно реагував на роздратування дружини, на спробу “викрити” його (“я все для тебе роблю, а ти...”), розглядаючи таку поведінку дружини як агресивну маніпуляцію. При цьому він не чув її, а вона – його. Більш того, вона не усвідомлювала свою образу. Терапевт попросив чоловіка мовчки послухати як він буде говорити з його дружиною. Так терапевт звернувся до неї зі словами: “Я відчуваю, що Вас переповняє образа. Якщо Ви скажете про це, я готовий це прийняти”. Після деякої паузи жінка заплакала і стала говорити про те, як переживає образу. Вона говорила не про “справу”, як раніше (з холодною розважливістю або агресивною наполегливістю), а про себе, свої відчуття. В цьому випадку чоловік вже був готовий вислухати дружину. Така техніка терапевтичного реагування являє собою **техніку рефлексивної відповіді** [1, с. 187].

Цікавою технікою є **метафора**, яку можна використовувати і як разовий терапевтичний елемент, і як первазивний образ, який супроводжує увесь процес терапії. Якщо метафора відповідає досвіду клієнта, то вона дозволяє клієнту увійти в символічний шар власної свідомості, відійти від предметної визначеності світу, що накладає

істотні зовнішні обмеження на прийняття рішення самим клієнтом. Наприклад, якщо клієнт ненавидить дружину (вона стала некрасивою, товстою, величезною) і внутрішньо бажає їй смерті, то при вираженому почутті провини він навряд чи почне обговорювати з терапевтом тонкощі і деталі своїх агресивних фантазій. Метафору можна побудувати в таким чином: “Один раз принц однієї маленької держави вирішив посадити в себе під вікном красиве, квітуче дерево з прекрасними квітами. Він знайшов таке дерево (рослину) – воно було маленьке, ніжне, тендітне. Щоранку і в вечір принц насолоджувався прекрасним, сліпучим виглядом і пахощами цього дерева. Але раптом дерево стало швидко рости, товстіти, закрило вікно спальні принца, що навіть сонце туди не проникало. У спальні стало холодно, незатишно. Через вікно він вже нічого не міг побачити. Це було те дерево, яке він раніше любив і яким він дуже пишався. Але це ж дерево стало йому заважати, стало йому ненависне. Принц почав планувати, як спилити, знищити дерево...” Клієнт, звільнений від почуття провини, у даному метафоричному образі може обговорювати свої агресивні почуття до “товстого дерева”. Метафора є прекрасним засобом терапевтичної регресії в тому змісті, який звільняє клієнта від дорослої визначеності світу, його причинно-наслідкового взаємозв’язку [2, с. 386; 4, с. 188].

Важливою технікою є **емпатійні відповіді** терапевта. Наприклад: “Ви відчуваєте, що весь світ проти Вас”. Емпатійна відповідь – це вербалізація терапевтом світо – і самовідчуття клієнта. Емпатійні відповіді дають можливість клієнту відчути, що терапевт його розуміє і знаходиться з ним у цьому “танці”. Наведемо невеликий фрагмент тренувального терапевтичного інтерв’ю з використання техніки емпатійної відповіді (К – клієнт, Т – терапевт; число в дужках вказує на порядковий номер реакції в інтерв’ю):

К (1). Я вступаю у конфронтацію із собою, тому що не люблю людей, роблю їм зауваження, виставляю у дурному світлі. Я знаю, що це погано, але не можу себе зупинити. Я дорікаю собі за це. Особливо це проявляється у стосунках з людьми, яких я не люблю. Я хотів би уникнути цього, знайти сили щоб зупинити це в собі. Наприклад, я усвідомив, що я брешу.

Т (1). Я почув у цьому, що Вам не подобається те, як Ви сприймаєте людей, і це Вас злить.

К (2). Я начебто даю собі право засуджувати інших, але в мене такого права немає.

Т (2). Ця проблема полягає не у тому, як Вас сприймають інші, а у тому, що відбувається всередині Вас.

К (3). Я думаю, про те, де воно в мені виникає, і з чого. Часто мені спадає на думку, що це страх. Я усвідомив, що для мене велике значення у житті має любов. Це немов загроза, коли я відчуваю, що це не так.

Т (3). Те, що Ви іншим навішуєте ярлики, викликане страхом і нестачею любові?

К (4). Ви мене спрямували. Це добре. Я завжди відчуваю, що я кращий за інших, і тому я гідний любові. Лише згодом я відчуваю, що це не так. Я хочу піднятися над іншими, щоб мати право на любов. Я повинен доводити, що я хороший. Такі думки дозволяють мені контролювати себе.

Т (4). Для Вас важливо вирішити, як себе ще краще контролювати? Це так?

К (5). У мене покращуються відносини з дружиною і дітьми, коли я себе контролюю...(пауза).

Т (5). Я відчуваю, що я Вас заблокував.

К (6). Раптом наступила порожнеча [1, с. 190; 2, с. 386-387].

Реакція Т (1) залишила осторонь серйозну проблему клієнта (не люблю людей, дорікаю собі за це) і переключилася на частковий елемент (брешу). Реакція Т (2) м'яко спрямовує на переживання, на внутрішній світ. Але тут терапевт не є з клієнтом. Реакція Т (3) – інтелектуальна реакція пошуку причин. Реакція Т (4) – реакція, де немає емпатії. Клієнт готовий йти далі у свій досвід, у своє переживання, але реакція Т (5) блокує його: питання про самоконтроль – це питання, що виводить клієнта з переживання.

Цікавими є результати отримані при аналізі вербальних реакцій К. Роджерса в терапії щодо висловлення клієнтів (терапевтичні інтерв'ю, проведені з 1950 по 1986 роки). Було виділено шість категорій вербальних реакцій, такі як: 1) емпатійний супровід; 2) відповіді на питання клієнта; 3) спрямовуючі запитання; 4) терапевтичні коментарі; 5) терапевтична оцінка (інтерпретація); 6) терапевтична згода з клієнтом. Виявилось, що більшість реакцій попадала у категорію “емпатійний супровід” (відповідно в різних інтерв'ю частка цих відповідей коливалася від 55% до 98% ). Найнижчий відсоток терапевтичних реакцій складали відповіді на питання (від 10% до 25%) [1, с. 190].

Навчання клієнт-центрованої психотерапії – це, перш за все, занурення у досвід переживань, у досвід якісних стосунків. До використання технік людина, ніби “дозріває”. При цьому техніки не мають статусу техніки в точному значенні цього слова. Підхід К. Роджерса – це, швидше, стиль життя, ніж просто професійна техніка.

### 13.4. Результат психотерапевтичного впливу

Результатом психотерапевтичного впливу К. Роджерс розглядав зміну клієнта, яку описав за допомогою процесуального аспекту: 1) підвищується відкритість до досвіду; 2) поглиблюються переживання; 3) підвищується довіра до власних проявів, до самого себе; 4) формується внутрішній локус оцінки; 5) підсилюється готовність ввійти у “процес життя”; 6) поглиблюється знання про себе в процесі переживання [1, с. 179].

Результатом розвитку особистості і максимально ефективною психотерапії є **повноцінно функціонуюча особистість**. Концептуально це поняття означає повну конгруентність, здатність переборювати перешкоди і труднощі життя, творчо себе реалізовувати. К. Роджерс назвав повноцінно функціонуючою особистістю таку, яка характеризується позитивною Я-концепцією, ефективним соціальним функціонуванням і готовністю організму відкликатися на будь-які зовнішні впливи. Тобто, психотерапевтичний процес просуває клієнта до показників повноцінно функціонуючої особистості. Але клієнт, при бажанні, може зупинити терапію у будь-який момент і винести з неї стільки, скільки зможе. Тому однією з найважливіших умов зміни клієнта у терапії є його готовність до цієї зміни [1, с. 181; 2, с. 381].

Повноцінно функціонуюча особистість є синонімом оптимальної психологічної пристосованості, оптимальної психологічної зрілості, повної відповідності і відкритості досвіду. Всі ці поняття характеризують процес становлення особистості. Тобто, повноцінно функціонуюча особистість можлива лише як процес, як людина, яка постійно змінюється [13; 17, с. 235].

Повноцінно функціонуюча особистість характеризується кількома параметрами, перший з яких – щирість переживань. Передчасна тривожність, що обмежує сприйняття, приносить мало користі людині або взагалі шкідлива. Людина постійно рухається від



захисних реакцій до більш щирих переживань. Вона більш відкрита до відчуттів власного страху, боязні і болю. Вона також відкритіша до відчуттів сміливості, ніжності і благоговіння. Вона краще пристосована до того, щоб прислухатися до переживань власного організму, а не заперечувати їх усвідомлення [14; 19, с. 188].

Другою ознакою повноцінно функціонуючої особистості є проживання у теперішньому часі, що полягає у повному усвідомленні кожного моменту сьогодення. Такий безперервний зв'язок із реальністю дозволяє “Я” і всій особистості виходити із переживань, а не переводити їх у площину заздалегідь визначеної структури “я” або спотворювати відповідно до неї. Людина спроможна перебудувати власні реакції настільки, наскільки для неї розкриваються на досвіді нові можливості [14].

Ще одна характеристика повноцінно функціонуючої особистості – це віра у власні внутрішні спонукання та інтуїтивна оцінка, а також постійно зростаюча впевненість у власних можливостях приймати рішення. Людина, яка може вірно сприймати і використовувати інформацію, на думку К. Роджерса, правильно оцінює власні здібності щодо узагальнення інформації та характеру реагування на неї. К. Роджерс вважав, що у “повноцінно функціонуючої особистості” помилки виникають внаслідок неправдивої інформації, а не зумовлюються особливостями її переосмислення [14].

Потрібно зазначити, що, традиційно, в клієнт-центрованій психотерапії результат терапії розуміється як відносно постійні зміни клієнта, а саме [7]:

- 1) клієнт стає більш конгруентним, відкритим для досвіду, менш захищеним;
- 2) внаслідок цього він стає більш реалістичним, об'єктивним, екстенційним у сприйнятті;
- 3) він більш ефективно вирішує свої проблеми;
- 4) психологічна пристосовність покращується, наближаючись до оптимальної;
- 5) зменшується вразливість;
- 6) сприйняття свого ідеального “Я” більш реалістичне і доступне;
- 7) внаслідок збільшення конгруентності зменшується напруження всіх типів – фізіологічне, психологічне, а також особливий тип психологічного напруження – тривожність;

- 8) підвищується ступінь позитивної самооцінки;
- 9) особистість сприймає місце оцінки і місце вибору локалізованими всередині самої себе, довіряє собі;
- 10) клієнт стає більш реалістичним, правильно сприймає тих, хто його оточує;
- 11) сильніше переживає прийняття інших людей, внаслідок меншого спотворення їх у своєму сприйнятті;
- 12) відбуваються різноманітні зміни у поведінці, внаслідок збільшення асимільованої частки досвіду в Я-структуру;
- 13) ті, що оточують клієнта, сприймають його поведінку як більш соціалізовану, зрілу;
- 14) поведінка клієнта більш креативна та адаптивна по відношенню до кожної нової ситуації і до кожної проблеми, що виникає; окрім того, вона характеризується проявами експресії намірів та оцінок.

Розвиваючи теорію клієнт-центрованої психотерапії К. Роджерс неодноразово модифікував своє розуміння ролі психотерапевта. Якщо в перший період недирективної психотерапії акцентувалася увага на створенні клімату невтручання, то в другій – завданням психотерапевта було віддзеркалення емоцій клієнта (“роль дзеркала”) і уникання загрози у стосунках з ним. Третій період пов’язаний з осмисленням процесів і досвіду психотерапевтичних груп. Загалом, К. Роджерс стверджував, що саме клієнт, а не психотерапевт, відповідає за особистісний ріст під час курсу терапії. Психотерапія ж створює для змін необхідні умови, проте лише клієнт є реальним діючим фактором зміни своєї особистості. Клієнт-центровані психотерапевти швидше сприяють росту, а не лікують хворих [15].

## Висновки

Клієнт-центрована терапія виникла на основі сорокалітнього досвіду роботи К. Роджерса у сфері консультування і психотерапії з великою кількістю клієнтів. Клінічний досвід К. Роджерса радикально змінив теоретичні погляди, які він розділяв на початку своєї професійної кар’єри [6].

Розробка К. Роджерсом теорії терапії передувала розвитку теорії особистості. Теорія терапії виникла на основі бажання

впорядкувати терапевтичний досвід. Теорія особистості отримала назву Я-теорії, оскільки основна роль у ній надавалась “Я”, або Я-концепції. Загалом теорія терапії і теорія особистості утворили феноменологічну теорію К. Роджерса. Феноменологія передбачає, що особистість може пізнати або прожити реальний світ лише безпосередньо. Тобто, людина здатна пізнати лише власний феноменологічний світ, але не реальний. Вона може поводити себе з урахуванням власного сприйняття чи уявлення про те, що відбувається [6].

К. Роджерс підтримує феноменологічну точку зору, коли використовує внутрішню систему координат, чи суб'єктивний світ людини, як основу для емпатії і розуміння індивіда. Ці погляди проявляються у його теорії особистості, відповідно до якої людина сприймає свої відчуття як реальність. У клієнт-центрованій психотерапії важливо як клієнт сприймає психотерапевта, а не те, яким психотерапевт є насправді, чи хоче бути. Психотерапевтичний процес представляється як реорганізація почуттів клієнта, пов'язаних із собою і власним світом. Важливим моментом психотерапії, на думку К. Роджерса є те, що сприйняття клієнтом об'єктів у своєму феноменологічному полі – переживань, почуттів, власного Я, інших людей – піддається видозміненню. Проте феноменологія К. Роджерса вирізняється і детермінізмом. У своїх дослідженнях К. Роджерс вважав детермінованим світ, у якому діють причинно-наслідкові [6].

Даний вид психотерапії називається центрованим на людині, тому що в ньому необхідною є активна участь людини, яка рухається в певному напрямі. К. Роджерс вважав, що будь-яка інтервенція експерта є вкрай шкідливою для росту особистості. Для клієнт-центрованої психотерапії характерною є рівність відносин, які відсутні у відносинах лікар – пацієнт. Саме людина в цій терапії робить все для того, щоб вирішити свої проблеми із мінімальним втручанням психотерапевта.

У клієнт-центрованій психотерапії головною спрямовуючою силою повинен бути клієнт, а не терапевт. Як зазначає К. Роджерс, ключі до виздоровлення знаходяться у клієнта, проте, терапевт, окрім професійних навичок, повинен володіти особистісними якостями, які допоможуть клієнту користуватися цими ключами. І ці сили будуть ефективними, якщо терапевт зможе встановити з клієнтом достатньо теплі стосунки прийняття і розуміння.

К. Роджерс виходить з того, що люди є розумними, соціалізованими, конструктивними і спрямованими вперед, а окремо взята людина володіє потенціалом росту і самоактуалізації. Психотерапевтичний процес у даному напрямку психотерапії звільняє потенціал і можливості індивіда [6].

За баченням К. Роджерса, практики клієнт-центрованої психотерапії завжди вирізняються готовністю до змін, відкритістю до результатів експериментів та досліджень. Разом з тим, досить актуальними у клієнт-центрованій психотерапії є: опора на прагнення людини до зростання і здоров'я, тобто самоактуалізації; більша увага до почуттів, ніж до інтелектуальних аспектів переживань; акцент на поточній ситуації, а не минулому; опора на терапевтичні стосунки, як досвід росту; фокусування на унікальному, суб'єктивному внутрішньому світі людини, як ядрі людського життя; визнання сильної потреби людей у міжособистісних стосунках, які характеризуються глибиною, реальністю, відсутністю захистів; переконаність у тому, що навчання і підготовка консультантів і психотерапевтів повинна, перш за все, бути емпіричною, а не лише когнітивною [6].

Базові теоретичні концепції клієнт-центрованої психотерапії, які застосовуються в індивідуальній терапії, можуть використовуватися і в груповій роботі. К. Роджерс рухався від клієнт-центрованого підходу до підходу, центрованого на людині. На К. Роджерса суттєво вплинув його досвід роботи у різноманітних навчальних закладах. Він переконався в тому, що його розробки знайшли широке застосування у соціальних і політичних системах. На сьогоднішній день клієнт-центрована психотерапія успішно застосовується при консультуванні і терапії в таких різноманітних областях, як освіта, міжрасові стосунки, сімейні стосунки, політика та менеджмент.

### **Питання для самоконтролю**

1. Опишіть необхідні і достатні умови психотерапевтичної зміни клієнта.
2. Назвіть умови клієнт-центрованого психотерапевтичного процесу.
3. Який патогенез неврозу у концепції К. Роджерса?

4. Які психотерапевтичні механізми актуалізуються в клієнт-центрованій психотерапії?
5. Розкрийте суть поняття “повноцінно функціонуюча особистість” у клієнт-центрованій терапії.
6. Що таке техніка рефлексивних відповідей?
7. Опишіть техніку емпатійний відповідей.
8. Опишіть техніку терапевтичної метафори. Які функції метафори у психотерапевтичному процесі?
9. Що є результатом терапії в клієнт-центрованій психотерапії.

## Література

1. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии : учеб. пособие [для студ. вузов, которые обучаются по спец. “Психология”, “Соц. педагогика”] / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника–Центр ; М. : Алетейа, 1999. – 320 с.
2. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).
3. Зубалий Н. П. Основы психотерапии: учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
4. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения / Кан М.; под общ. ред. В. В. Зеленского, М. В. Ромашкевича. – СПб. : Б.С.К., 1997. – 143 с. – (Современный психоанализ).
5. Осипова А. А. Общая психокоррекция: учебное пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
6. Паттерсон С. Теория психотерапии / С. Паттерсон, Э. Уоткинс. – СПб. : Питер, 2003. – 544 с.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
8. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Роджерс К.; под общ. ред. Исениной Е. И. – М. : Прогрес, Универс, 1994. – 480 с.
9. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии / Роджерс К. – М. : ЭКСМО, 2002. – 966 с. – (Б-ка всемирной психологии).
10. Роджерс К. Клиент-центрированная терапия / Роджерс К.; пер. с

англ. – Москва : Рефл-бук ; Киев : Ваклер, 1997. – 317 с. – (Актуальная психология).

11. Роджерс К. О групповой психотерапии / Роджерс К. ; пер. с англ. – М. : Гиль-Эстель, 1993. – 224 с.

12. Роджерс К. Психология супружеских отношений: возможные альтернативы / Роджерс К. ; пер. с англ. В. Гаврилова. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 287 с. (Психология для всех).

13. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.

14. Фрейджер Р. Теории личности и личностный рост / Фрейджер Р. – СПб. : Питер Пресс, 2002. – 657 с.

15. Хьелл Л. Теория личности: основные положения, исследования и применение / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. : Питер Пресс, 1997. – 608 с.

16. Kirschenbaum Н. The Carl Rogers reader / Н. Kirschenbaum, V. Henderson. – Boston : Houghton Mifflin, 1989. – 526 p.

17. Levant R. F. Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research, and practice / R. F. Levant, J. M. Schlien. – New York : Praeger, 1984.

18. Rogers C. R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework / C. R. Rogers // Psychology, the study of a science. – New York : McGraw-Hill, 1959. – Vol. 3: Formulations of the person and the social context. – P. 184–256.

19. Rogers C. R. On becoming a person: A therapist view of psychotherapy / Rogers C. R. – New York : Peter D., Kramer M. D., 1995. – 415 p.



**Джон Бродес Уотсон**  
**John Broadus Watson**

**(1878 – 1958)**

Американський психолог, засновник біхевіоризму. У 1903 р. в університеті м. Чикаго захистив докторську дисертацію.

У 1908 р. Д. Б. Уотсон переходить в університет Дж. Гопкінса у Балтіморі, де завідує кафедрою експериментальної порівняльної психології і психологічною лабораторією. Тут він розвиває принципи біхевіоризму. У 1915 р. Д. Б. Уотсона було обрано президентом

Американської психологічної асоціації. Його успіхи як вченого і викладача обіцяли тривалу і блискучу кар'єру. Але за сімейними обставинами Д. Б. Уотсон був змушений піти у відставку (1920). Йому довелося зайнятися рекламним бізнесом, де він і працював до 1946 р.

Найпопулярнішими працями Д. Б. Уотсона є “Поведінка. Вступ в порівняльну психологію” (1914), “Психологія з погляду біхевіориста ” (1919), “Біхевіоризм ” (1925), “Шляхи біхевіоризму ” (1926), “Психологічний догляд за дитиною” (1928). Напередодні смерті, не дивлячись на заперечення власного секретаря, Д. Б. Уотсон (1958) зібрав і спалив усі свої публікації. “Коли ви вмираєте, вмирає і все навколо”, – така була його відповідь. Проте Д. Б. Уотсона не забули і після його смерті. Вплив його ідей на сучасну психологію продовжувався і до нині.

## РОЗДІЛ 14. ПОВЕДІНКОВА ПСИХОТЕРАПІЯ

### 14.1. Суть поведінкової психотерапії

Поведінковий напрям в психотерапевтичній роботі бере свій початок від робіт Д. Вольпе і А. Лазаруса (середина 50-х - початок 60-х років), хоча коріння його йде в біхевіоризм Д. Уотсона та Е. Торндайка.

У основі даного напрямку виділяють три класичні психологічні напрями [4]:

1. Роботи Д. Вольпе, А. Лазаруса, засновані на ідеях І. П. Павлова та С. Халла.
2. Теорія оперантного навчання Б. Скіннера.
3. Теорія когнітивного навчання.

Основна ідея біхевіоризму полягала в тому, що кожен стимул пов'язаний з певною реакцією. Ця ідея стала фундаментальним правилом поведінкової психології і біхевіористичного напрямку в психотерапії.

У вітчизняній науці попередниками біхевіоризму можна вважати В. Бехтерева, І. Павлова, І. Сеченова – розробники рефлексорної теорії. Потрібно відмітити, що у клінічній практиці біхевіоризм являє собою не лише теоретичну основу поведінкової психотерапії, але й суттєво впливає на розвиток такого напрямку, як терапія середовищем.

У даний час в біхевіористичній психотерапії спостерігаються три основні тенденції [2, с.93; 3]:

- класичне обумовлення, пов'язане із експериментальними традиціями І. Павлова;
- оперантне обумовлення, пов'язане із Б. Скіннером і його модифікацією поведінки;
- мультимодальне програмування А. Лазаруса.

**1. Класична теорія умовних рефлексів** І. П. Павлова виявилася фундаментом, на якому було побудовано сучасну поведінкову психотерапію. На основі принципів класичного обумовлення створені такі методики корекції поведінки, як методика аверсивного обумовлення, методика контролю стимулу і т.д. І. П. Павлов вперше відповів на питання, яким чином нейтральний стимул може стати умовним подразником і викликати таку ж



реакцію, як і безумовний рефлекс, який протікає автоматично. І. П. Павлов показав, що формування умовного рефлексу підкоряється ряду вимог: суміжності – збігу у часі індиферентного і безумовного подразників з деяким випередженням першого; повторення – багатократне поєднання індиферентного і безумовного подразників.

Таким чином, одним із шляхів керування поведінкою є управління пред'явленням стимулів, що викликають певну реакцію, а також організація зовнішнього оточення і контроль за ним. Організуючи зовнішнє оточення, певним чином можна формувати певну поведінку людини [4].

**2. Теорія оперантного обумовлення** пов'язана з іменами Е. Торндайка та Б. Скіннера. На відміну від принципу класичного обумовлення “стимул - реакція” (S-r), вчені розробили принцип оперантного обумовлення “реакція – стимул” (R-s), відповідно до якого поведінка контролюється його результатами і наслідками. Звідси випливає можливий спосіб впливу на поведінку через вплив на його результати.

Оперантні методи можуть бути використані для вирішення наступних завдань [4].

- формування нового стереотипу поведінки, якого раніше не було в поведінковому репертуарі людини;

- закріплення (посилення) вже наявного у репертуарі клієнта соціально бажаного стереотипу поведінки. Для вирішення цього завдання використовуються контроль стимулу, позитивне і негативне підкріплення;

- зменшення небажаної поведінки. Досягається за допомогою методик покарання, позбавлення всіх позитивних підкріплень, оцінювання відповіді;

- підтримка бажаного стереотипу поведінки у звичайних (природних) умовах.

**3. Мультимодальне програмування, або мультимодальна поведінкова корекція.** У цьому напрямі центральне місце відводиться дії на цілісну організацію особистості. У межах цього новітнього напрямку (А. Бандура, А. Лазарус, Т. Нейланс та ін.), розвинулись програми саморегуляції, когнітивного саморегулювання, когнітивної модифікації поведінки.

У рамках цього підходу розроблено ряд методик моделювання поведінки, за допомогою яких вирішуються наступні завдання [4]:

- побудова нових стереотипів поведінки;
- пригнічення наявних неадаптивних стереотипів;
- полегшення прояву слабо представлених у репертуарі клієнта стереотипів.

У біхевіористському напрямі поняття особистості не лише не розроблене, але просто відсутнє. Основні поняття, що застосовуються до особистості, відносяться до її поведінки. Тому основні реакції, на які спрямовані дії психотерапевта – це реальна поведінка людини у реальному світі [4].

Сучасні біхевіористичні погляди базуються на положенні про те, що людина – продукт і одночасно виробник свого навколишнього середовища. Таким чином, сучасні представники біхевіоризму прагнуть подолати, застарілі механістичні підходи класичною біхевіоризму. Сучасний підхід орієнтований на реальні дії, тобто людина трактується як суб'єкт, який своїми діями змінює реальність. Таким чином, головний акцент ставиться вже на механічну реакцію, а на усвідомлену дію [2, с. 93].

Разом із тим прихильність до моделі класичного біхевіоризму знайшла віддзеркалення у суворому дотриманні принципів перевірки, детермінізму (обумовленості поведінки), відтворюваності і врахування середовища. Так, у поведінковій психотерапії, головну позицію займає питання про те, як конкретно проводиться лікування, ким і який індивід підлягає процесу психотерапії, з якою конкретно проблемою і за яких обставин це відбувається.

Оскільки вся поведінкова психотерапія пов'язана із навчанням, то і її поняття відображають основні концепції навчання, які склалися в біхевіоризмі. Розглянемо ці поняття [2, с. 94].

**Обумовленість.** Це поняття охоплює всю область дії на поведінку. Воно пояснює поведінку як реакцію на певні стимули. Розрізняють два види обумовлення: класичне (за І. Павловим) і оперантне (за Б. Скіннером) [2, с. 94].

**Класичне обумовлення** полягає в тому, що навчання певної поведінки відбувається завдяки підкріплюючому поєднанню стимулів. Розглянемо приклад із піддослідними собаками, коли довгий час поєднували два стимули – їжу (безумовний стимул) і включення світла (байдужий стимул). У результаті у піддослідних собак починала виділятися слина тоді, коли включалося світло, тобто у них виробився умовний рефлекс на байдужий подразник [2, с. 94].

**Оперантне обумовлення** полягає у тому, що навчання відбувається шляхом вибору стимулу, що супроводжується позитивним підкріпленням. Так, Б. Скіннер запропонував видавати спеціальні жетони за добру поведінку неповнолітнім правопорушникам, які знаходилися у колонії. За такі жетони можна було що-небудь купити у місцевому магазині, але головне, що за допомогою такою стимулу формувалася соціально схвалювальна поведінка.

Крім того, існує **безумовне навчання**, яке відбувається поза спеціально організованим обумовленням, але може істотно вплинути на подальшу поведінку. Наприклад, дитину випадково злякала собака, і вона надалі панічно боялася всіх собак, навіть тих, яких показували по телевізору [2, с. 94].

**Генералізація** (узагальнення). Це поняття відображає узагальнення реакції на схожі стимули. Наприклад, дитина, яка боїться білих кроликів, починає боятися всіх білих невеликих тварин, а потім і білих пухнастих іграшок [2, с. 94].

**Згасання**. Це поняття відображає закономірності, що пов'язані із зникненням реакції, викликаній у результаті обумовлення. Як приклад наведемо експеримент Дж. Уотсона та Р. Райнера. За допомогою методу обумовлення вони сформували в 11-місячної дитини емоцію страху до білих крис, застосовуючи різкий звуковий сигнал кожен раз, коли дитина намагалася доторкнутися до тварини. Далі, поступово знижуючи неприємний звук при наближенні дитини до тварини, дослідники реєстрували загасання викликаній реакції страху [2, с. 95].

**Контробумовлення**. Це поняття відображає дію обумовлення, несумісне з первинною обумовлюючою дією. В якості прикладу наведемо експеримент, проведений М. Джоунс. Для лікування трьохрічної дитини від фобії (боязні) кроликів вона застосувала механізм контробумовлення. Щодня під час прийому їжі дитиною М. Джоунс розташовувала кролика на безпечній відстані, з кожним днем скорочуючи відстань. Експеримент мав позитивний результат: дитина перестала боятися кроликів. Тут в якості контробумовлення служив прийом їжі. На контробумовленні побудована техніка, за якої людину, страждаючу фобією, навчають розслаблятися у моменти, коли вона відчуває страх [2, с. 95].

**Ефект часткового підкріплення**. Це поняття відображає феномен поведінки, коли підкріплення, хоча й не постійне, викликає

бажану дію. Саме на цьому психологічному ефекті засновано, наприклад, дія азартних ігор або гральних автоматів [2, с. 95].

**Викликана емоційна реакція.** У цьому понятті зафіксований феномен, коли представлення байдужого умовного стимулу у сукупності із хворобливим безумовним стимулом викликає страх при повторному представленні байдужого умовного стимулу. Наприклад, включення світла деякий час супроводжується легким ударом струму. Через деякий час при включенні світла виникає страх [2, с. 95].

**Реакція уникнення.** Це поняття характеризується зникненням емоції страху, коли суб'єкт навчається уникати дії хворобливою стимулу. Наприклад, учень, побоюючись отримати погану оцінку, перестає ходити в школу [2, с. 95].

**Конфлікт.** У біхевіористській психотерапії це поняття означає протиріччя між потребою і, пов'язаній з нею, реакцією уникнення. Наприклад, дівчина хоче отримати освіту у престижному навчальному закладі, проте боїться вступних іспитів і не може подолати цей страх [2, с. 95].

**Надмірна поведінка** (рухова, емоційна або мислительна). Така реакція – різновид реакції уникнення, коли генералізуються (узагальнюються) дії, які раніше отримали негативне підкріплення, або вони зміщуються за допомогою спрямованості на інший об'єкт. Загальновідомий вираз: “Обпікшись на молоці, дмухаєш на воду”. Наприклад, людина, яка пережила невдалий шлюб, надалі взагалі починає уникати осіб протилежної статі [2, с. 96].

Можна сказати, що психотерапевт, який працює у поведінковій психотерапії, не працює із хворобою (психологічною проблемою, неврозом), а має справу з її симптомами (зовнішніми проявами в неправильній або недостатньо ефективній поведінці) [8]. Поведінкова психотерапія спрямована на усунення симптому, заміну неадаптованих способів поведінки адаптованими, еталонними, нормативними, правильними, які досягаються у процесі навчання. Психотерапевтичний процес може включати формування нових соціальних умінь, оволодіння психологічними цілями саморегуляції, подолання шкідливих звичок і зняття стресу, позбавлення від емоційних травм і т.д.

Психолог-консультант, що практикує в рамках поведінкової психотерапії, завжди виступає у ролі вчителя, наставника або лікаря. У зв'язку з цим, він повинен створити власний образ як зразок для наслідування. У свою чергу, клієнт повинен прагнути до активності,

усвідомлення поставлених психотерапевтичних цілей, співпрацювати із психотерапевтом і активно використовувати нові способи поведінки [2, с. 97].

Одне з найбільш першорядних завдань при проведенні поведінкової терапії – усвідомлення так званого незагрозливого оточення, максимальне наближення відчуття захищеності і комфорту клієнта. Не секрет, що більшість людей, що звертаються до психотерапевта, відчувають себе невпевнено, незахищено і тому не можуть повністю розкритися для щирого, відкритого контакту і партнерства. А без цього терапевтична робота не може стати співпрацею тобто, не відповідає основному принципу біхевіористичної терапії. Це повинна бути не просто атмосфера довіри до психотерапевта, а атмосфера повної відкритості, можливості без труднощів спонтанно виражати емоції, які турбують клієнта, плачем, сміхом, абсолютно відвертими визнаннями, навіть тим, що здається непристойним, наприклад різними сексуальними фантазіями. Клієнт повинен бути впевнений, що психотерапевт не лише (нехай навіть про себе) не осуджує його і не вважає неповноцінним, а навпаки, цінує його довіру, правильно розуміє і допоможе розтлумачити клієнту причини проблем, які його турбують, і з щирим бажанням почне співпрацю у вирішенні цих проблем [8].

Проте, створюючи таку атмосферу повної відкритості і спонтанності, психотерапевт повинен виражати її розуміння, але не заохочувати, поступово починаючи переводити клієнта з цих, хоч і природних, але неефективних способів поведінки до формування правильних поведінкових умінь та навичок, спрямованих на конструктивне вирішення проблеми, і заохочувати (позитивно закріплюючи) кожен успіх клієнта у цьому напрямі. Одним із найважливіших моментів у психологічній позиції клієнта є вироблення у нього готовності до використання нових форм поведінки

## **14.2. Генеза неврозу**

Центральною проблемою біхевіоризму є навчання. Основна ціль біхевіористської психотерапії полягає у забезпеченні нових умов для навчання, тобто виробити нове обумовлення і на цій основі

допомагати клієнту опанувати нову поведінку. Здоров'я і хвороба в рамках концепції біхевіоризму є результатом того, чого людина навчилася чи не навчилася у житті. Невротичний симптом (невротична поведінка) у поведінковій психотерапії розглядається як неадаптована чи патологічна поведінка, сформована внаслідок неправильного наочіння [2, с. 93]. Так, Дж. Вольпе визначає невротику поведінку як звичку неадаптивної поведінки у фізіологічно нормальній людини. Г. Айзенк та С. Рахман розглядають невротику поведінку як основні неадаптивні зразки поведінки.

Адаптація, з точки зору біхевіоризму, є основною ціллю поведінки, звідси поведінка, яка не забезпечує адаптацію, є патологічною. Порушення поведінки є набуте, тобто представляє собою засвоєну неправильну реакцію, яка не забезпечує необхідний рівень адаптації. Ця не адаптивна реакція формується у процесі “неправильного” наочіння. Прикладом “неправильного” наочіння може слугувати взаємодія батьків з дитиною, на яку батьки не звертають увагу, беруть на руки лише тоді, коли вона щось робить не так (капризує). Або, дитина, яка переживає нестачу зовнішніх проявів любові, уваги, тепла і турботи, отримує все це сторицею коли хворіє. Таким чином, дитяча потреба в увазі повністю задовольняється лише тоді, коли вона “погано” себе поводить, тобто “погана”, не адаптивна поведінка підкріплюється позитивно (задовольняється значима потреба).

Гене́за невроту бере свій початок у стійких негативних звичках набутих у тривожних ситуаціях, у яких тривожні реакції є центральними. Саме тоді в індивіда виникають страхи (особливо соціальні), фобії, нав'язлива тривога. Невроз виникає тоді, коли індивіда карають за поведінку, яка в свою чергу мотивується фізичною потребою чи потягом. У результаті цього людина переживає тривогу і стає загальмованою, що повторюється при будь-якому наступному виникненні подібної ситуації [5].

Страх чи тривога продукуються шкідливими подразниками, уявленнями, пов'язаними із цими подразниками, або є наслідком конфліктної ситуації. Страх, завдяки обумовленню і генералізації, асоціюється в індивіда з іншими нейтральними подразниками. Тривога часто має вторинні ефекти, які викликають страждання: сором'язливість, заїкання, неадекватну сексуальну поведінку, клептоманію, ексгібіціонізм, нав'язливі думки, компульсивні дії і невротику депресію. Невротичні страхи розвиваються так само як і

звичайні – на основі класичного обумовлення чи інформації/дезінформації (когнітивне научіння). Невротичні страхи є реакцією на ситуацію-подразник, яка об’єктивно не є джерелом небезпеки. Іноді обумовлюючими факторами страху є емоційна чутливість, схильність, відсутність інформації або дезінформації, фізіологічні фактори (втома, хвороба) [5].

У поведінковій психотерапії лікування неврозу досягається за рахунок тренування і викликання у тривожній ситуації антагоністичних тривожі реакцій. Це, у свою чергу, призводить до пригнічення тривожних реакцій. Поведінкова психотерапія включає мотивування клієнта і навчання умінням викликати реакції, несумісні з тривогою [5].

У поведінковій психотерапії згасання емоційної чутливості суб’єкта до явищ (десенсибілізація) викликають у нього фобічні чи тривожні реакції, під впливом дії подразника, які є антагоністичним по відношенню до даної реакції. Дж. Вольпе визнав таку невротичну поведінку як міцну звичку дезадаптивної поведінки набутої у результаті научіння. Тобто невротична поведінка у поведінковій психотерапії розуміється як закріплена звичка негативної поведінки, набута у результаті научіння.

### 14.3. Техніки поведінкової психотерапії

Поведінкова психотерапія ґрунтується на **техніці зміни патогенних реакцій** (страху, гніву, заїкання, енурезу і т.д.). Важливо пам’ятати, що поведінкова психотерапія базується на “аспіриновій метафорі”: якщо в людини болить голова, то достатньо їй дати аспірин, який зніме головний біль. Це означає, що не потрібно шукати причину головного болю – потрібно знайти засоби щодо її ліквідації. Вочевидь, що причиною головного болю не є нестача аспірину в організмі, проте інколи його вживання допомагає. Опишемо конкретні методи і закладені в них саногенні механізми [1, с. 410].

**Метод систематичної десенсибілізації.** В основі методу знаходиться уявлення про те, що патогенні реакції (страх, тривога, гнів, панічні розлади і т.д.) є неадаптованим реагуванням на зовнішню ситуацію. Припустимо, дитину вкусила собака. Вона її злякалася. Надалі така адаптована реакція, яка заставляє дитину бути

обережною із собаками, генералізує і поширюється на всі ситуації й на всі види собак. Дитина починає боятися собаку в телевізорі, собаку на малюнку, собаку уві сні, маленьку собачку, яка нікого не вкусила і сидить на руках у господаря. У результаті такої генералізації адаптована реакція стає дезадаптованою. Завдання даного методу полягає в десенсибілізації небезпечного об'єкту – дитина повинна стати нечутливою, стійкою до стресогенних об'єктів, в даному випадку – до собаки. Стати нечутливою – означає не реагувати реакцією страху [1, с. 410].

Механізмом, який допомагає усунути неадаптовані реакції, є **механізм взаємовиключення емоцій, або принцип реципрокності** (від лат. *reciprocus* – той що повертається, взаємний) **емоцій** [1, с. 410]. Якщо людина переживає радість, то вона є закритою для страху; якщо людина розслаблена – не схильна до реакцій страху. Отже, якщо людину “занурити” у стан релаксації або радості, а потім показувати їй стресогенні стимул-реакції (у даному прикладі – різні види собак), то реакцій страху в людини не буде. Зрозуміло, що спочатку повинні представлятися стимул-реакції із низьким стресогенним навантаженням. Стресогенність стимул-реакцій повинна зростати поступово (від малюнка маленької собачки з рожевим бантом на кличку Пупс до великої чорної собаки на кличку Рекс). Клієнт повинен послідовно десенсибілізувати стимул-реакції, починаючи від слабких, поступово переходячи до сильніших. Тому слід побудувати ієрархію психотравмуючих стимул-реакцій. Величина кроку у цій ієрархії має бути невеликою, 15-20 об'єктів [1, с. 411].

Універсальним ресурсом, який дозволяє впоратися із багатьма проблемами, є **релаксація**. Якщо людина розслаблена, то їй набагато легше впоратися з багатьма ситуаціями. Наприклад, підійти до собаки, відійти подалі від будинку, вийти на балкон, скласти іспит, піти на зближення з сексуальним партнером і т.д. Для того, щоб ввести людину у стан релаксації, використовується **техніка прогресивної м'язової релаксації** за Е. Джекобсоном. В основі техніки лежить відома фізіологічна закономірність – емоційне напруження супроводжується напругою попереково-смугостих м'язів, а спокій – їх релаксацією. Е. Джекобсон передбачав, що розслаблення мускулатури веде за собою зниження нервово-м'язового напруження [1, с. 411].

Крім того, займаючись реєстрацією об'єктивних ознак емоцій,



Е. Джекобсон відмітив, що для різного типу емоційного реагування відповідає напруження певної групи м'язів. Так, депресивний стан супроводжується напруженням дихальної мускулатури, страх – спазмом м'язів артикуляції і фонації і т.д. Відповідно, знімаючи, за допомогою **диференційованої релаксації** напруження тієї або іншої групи м'язів, можна вибірково впливати на негативні емоції [1, с. 412].

**Прогресивна м'язова релаксація** починається з бесіди, у процесі якої психотерапевт пояснює клієнту механізми лікувальної дії м'язової релаксації, підкреслюючи, що основною метою методу є досягнення довільного розслаблення попереково-смугастих м'язів у стані спокою. Умовно виділяють три етапи освоєння техніки прогресивної м'язової релаксації.

**Перший етап – підготовчий.** Клієнт лягає на спину, згинає руки в ліктьових суглобах і різко напружує м'язи рук, викликаючи тим самим чітке відчуття м'язової напруги. Потім руки розслабляються і вільно падають. Так повторюється кілька разів. При цьому увага фіксується на відчутті м'язової напруги і розслабленні. Наступна вправа – скорочення і розслаблення біцепсів. Скорочення і напруження м'язів має бути спочатку максимально сильним, а потім все більш і більш слабким (і навпаки). Виконуючи вправу необхідно фіксувати увагу на відчутті найслабшого напруження м'язів і повного їх розслаблення. Після цього клієнт тренується в умінні напружувати і розслабляти м'язи тулуба, шиї, плечового поясу, обличчя, очей, язика, гортані і м'язів, які беруть участь у миміці і вимові [1, с. 412].

**Другий етап – диференційована релаксація.** Клієнт у сидячому положенні вчиться напружувати і розслабляти мускулатуру, яка не бере участь в підтримці тіла у вертикальному положенні; далі – розслабляється при письмі, читанні, вимові м'язи, що не беруть участь в цих актах [1, с. 412].

**Третій етап – завершальний.** Клієнту пропонується шляхом самоспостереження встановити, які групи м'язів напружуються в нього при різних негативних емоціях (страху, тривозі, хвилюванні, збентеженні) або хворобливих станах (при болях в області серця, підвищенні артеріального тиску і т.д.). Потім, за допомогою релаксації локальних м'язових груп, можна навчитися попереджати або купірувати негативні емоції або хворобливі прояви [1, с. 412].

Вправи з прогресивної м'язової релаксації опановуються зазвичай в групі з 8-12 осіб під керівництвом досвідченого

психотерапевта. Групові заняття проходять 2-3 рази на тиждень. Крім того, сеанси самонавчання клієнти проводять самостійно 1-2 рази в день. Кожен сеанс продовжується від 30 хвилин (індивідуальний) до 60 хвилин (груповий). Увесь курс навчання займає від 3 до 6 місяців. Після освоєння техніки прогресивної м'язової релаксації у поведінковому репертуарі клієнта виникає нова реакція – реакція диференційованої релаксації, на її основі можна переходити до десенсибілізації. Десенсибілізація буває двох видів: імагінальна (в уяві, *in vitro*) і реальна (*in vivo*) [1, с. 412].

При імагінальній десенсибілізації терапевт розташовується поряд з сидячим (лежачим) клієнтом. Перший крок – клієнт занурюється у стан релаксації. Другий крок – терапевт просить клієнта уявити перший об'єкт з ієрархії психогенних стимул-реакцій (маленьку собачку, вихід на вулицю і т.д.). Завдання клієнта полягає в тому, щоб пройти через уявну ситуацію без напруження і страху. Третій крок полягає в тому, що, як тільки виникають будь-які ознаки страху або напруження, клієнта просять розплющити очі, знову релаксувати і знову увійти до тієї ж ситуації. Перехід до наступного стресогенного об'єкту здійснюється тоді, коли завершена десенсибілізація першого об'єкту ієрархії. У певних випадках клієнта просять інформувати терапевта про виникнення тривоги і напруження вказівним пальцем правої або лівої руки. Коли в уяві клієнт здатний пройти через всі об'єкти, тобто вийти з будинку, вилізти на стілець і т.д., десенсибілізація вважається завершеною. Сеанс триває не більше 40-45 хвилин. Як правило, для десенсибілізації страху потрібно 10-20 сеансів [1, с. 413].

Однією з поширених методик поведінкової психотерапії є **техніка повені**. Суть техніки полягає у тому, що тривала експозиція психотравмуючого об'єкту призводить до гальмування, що супроводжується втратою психологічної чутливості до впливу об'єкта. Клієнт разом з терапевтом опиняється в психотравмуючій ситуації, що викликає страх (наприклад, на мості, на горі, у закритій кімнаті і т.д.). Клієнт знаходиться у цій ситуації “повені” страху до тих пір, доки страх не почне зменшуватися. Це, як правило, займає годину-півтори. Клієнт не повинен засинати, думати про сторонні речі, він повинен повністю зануритися в страх. Число сеансів “повені” може варіювати від 3 до 10. У ряді випадків ця техніка застосовується і в груповій формі [1, с. 415].

Існує також техніка повені у формі розповіді, яка отримала

назву **імплозії**. Терапевт складає розповідь, в якій відображаються основні страхи клієнта. Наприклад, в однієї клієнтки після операції видалення грудей виник страх повернення онкологічного захворювання, а у зв'язку з цим – страх смерті. Жінка мала нав'язливі думки про виникнення у неї симптомів раку. Ця індивідуальна міфологія відображала її наївні знання про хворобу та її прояви. У розповіді повинна використовуватися ця індивідуальна міфологія раку, оскільки саме вона викликає страх. Під час розповіді клієнтка може переживати смерть, плакати, її може трясти. У цьому випадку важливо враховувати адаптаційні можливості клієнта. Якщо травма, представлена в розповіді, перевищує можливості клієнта, то в нього можуть сформуватися досить глибокі психічні розлади, які вимагають невідкладних лікувальних заходів. Саме за цією причиною техніка повені та імплозії у вітчизняній психотерапії використовується вкрай рідко [1, с. 416].

**Техніка аверзії** полягає в покаранні за неадаптовану реакцію або погану поведінку. Наприклад, при лікуванні енурезу дитині накладають електроди спеціального апарату так, щоб при сечовипусканні під час нічного сну замикався ланцюг і дитя отримувало б електричний розряд (або звуковий сигнал, який будить дитину). При використанні такого апарату протягом декількох ночей енурез зникає [1, с. 416].

**Техніка формування комунікативних навиків** вважається однією із найбільш ефективних. Велика кількість людських проблем визначається не глибинними, прихованими причинами, а відсутністю навиків комунікації. Техніка навчаючої структурної психотерапії А. П. Гольдштейна передбачає, що освоєння конкретних навиків комунікації у тій чи іншій сфері (родина, професія т.д.) дозволяє вирішити багато проблем. Техніка складається із кількох етапів [1, с. 416].

На **першому етапі** збирається група осіб, зацікавлених у вирішенні будь-якої комунікативної проблеми (наприклад, люди, в яких виникли проблеми у подружніх стосунках). Члени групи заповнюють спеціальний опитувальник, на його основі виявляються конкретні комунікативні дефіцити. Ці дефіцити розглядаються як відсутність певних комунікативних навичок, наприклад навички робити компліменти, навички сказати “ні”, навички виразити кохання і т.д. Кожна навичка розбивається на компоненти, утворюючи, таким чином, певну структуру [1, с. 416].

**Другий етап** спонукає членів групи до виявлення тих переваг, які вони отримують, якщо освоюють відповідні навички. Це етап мотивування. Коли учасники групи починають усвідомлювати переваги, які вони отримують, їх навчання стає більш цілеспрямованим [1, с. 417].

На **третьому етапі** учасникам групи демонструється модель успішної навички за допомогою відеозапису або спеціально підготовленої особи (наприклад, актора), яка повною мірою володіє цією навичкою.

На **четвертому етапі** один з тих, хто тренується намагається повторити продемонстровану навичку з кимось із членів групи. Кожен підхід повинен займати не більше 1 хвилини, інакше інші члени групи почнуть нудьгувати, а для психотерапевтичної роботи необхідний позитивний настрій [1, с. 417].

**П'ятий етап** – етап зворотнього зв'язку. Зворотний зв'язок повинен володіти наступними якостями: 1) носити конкретний характер, тобто не можна сказати “це було добре, мені сподобалося”, а слід говорити, наприклад, “у тебе була гарна посмішка”, “у тебе був чудовий тон голосу”, “коли ти говорив “ні”, ти не уникав партнера, а, навпаки, торкався його і демонстрував свою прихильність” і т.д.; 2) бути позитивним: слід відзначати позитивне, а не робити акцент на тому, що було поганим або неправильним. Зворотній зв'язок дається у наступному порядку: члени групи – спів-актори – тренер [1, с. 417].

На **шостому етапі** ті, хто тренуються отримують домашні завдання. Вони повинні в реальних умовах проявити відповідну навичку і написати про це звіт. Якщо члени групи пройшли всі етапи і закріпили навички у реальній поведінці, то навичка вважається засвоєною. У групі освоюється не більше 4-5 навичок. Техніка відзначається тим, що вона не орієнтує на нечіткі і незрозумілі зміни, а спрямована на засвоєння конкретних навичок. Ефективність техніки вимірюється не тим, що сподобалося або не сподобалося членам групи, а конкретним результатом [1, с. 417].

#### **14.4. Результат психотерапевтичного впливу**

Задача поведінкового психотерапевта полягає в ідентифікації стимулів, які викликають (контролюють) і підтримують

дисфункційну поведінку (етап поведінкового аналізу) і, змінюючи ці стимули, можуть сформувати і закріпити адаптивну поведінку.

Центральним завданням біхевіоризму є набуття індивідом власного досвіду, різних умінь і навичок, моделей поведінки. У ході психотерапевтичного спілкування і використання спеціальних технологій, психотерапевт впливає на установки клієнта, хід його думок і регуляцію поведінки, покращення його самопочуття. Результатом психотерапевтичного впливу є зміна балансу позитивних і негативних думок і почуттів клієнта (і його оточення) на користь позитивних. Тобто клієнт починає отримувати більше задоволення від життя, починає сам контролювати і змінювати хибні для нього і для оточуючих стереотипи поведінки, будувати (і реалізовувати) плани щодо зміни таких стереотипів у майбутньому. Коли психотерапевт розуміє, що клієнт більше не потребує допомоги, то поведінкову психотерапію можна вважати завершеною.

Поведінковий психотерапевт допомагає своїм клієнтам віднайти нові, більш ефективні моделі поведінки. Важливим елементом навчання соціальних навичок є тренінг впевненої поведінки. Впевнена поведінка збільшує можливості вибору і контролю над власним життям, сприяє росту самоповаги. Впевнена поведінка полягає у здатності відстоювати свої права, не принижуючи інших і викликає повагу оточуючих.

Техніки поведінкової психотерапії надають можливість клієнтам:

- обговорити і позбавитися хронічного дискомфорту (перебування у неприємній ситуації протягом тривалого часу);
- стимулюють до діяльності;
- допомагають справитися із шкідливими звичками “тут і тепер”, не відкладаючи на завтра;
- підказують як правильно використовувати заохочення і покарання, аби стимулювати бажання взятися за неприємне завдання;
- допомагають підняти рівень власної толерантності до фрустрації;
- спонукають клієнтів вести себе так, щоб вони мислили раціонально, щоб могли на власному досвіді розуміти, що зміни є можливими;
- допомагають клієнтам опиратися лише на себе і спрямовувати самих себе.

## **Висновки**

Відповідно до загальної спрямованості поведінкової концепції основна мета терапевтичних дій – забезпечення нових умов для навчання, тобто вироблення нової адаптивної поведінки або подолання поведінки, що стала дезадаптивною. Цілі терапевтичних дій у поведінковій психотерапії формулюються або як навчання новим адаптивним формам поведінки, або як пригнічення і гальмування наявних у суб'єкта дезадаптивних форм поведінки. Особисті цілі можуть включати формування нових соціальних умінь, оволодіння психологічними прийомами саморегуляції, подолання шкідливих звичок, зняття стресу, позбавлення від емоційних травм і т.д.

У поведінковій психотерапії психотерапевт виступає в чітко визначеній 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, важливу роль, яку він відіграє для клієнта.

Роль психотерапевта у поведінковій психотерапії носить чіткий фіксований характер. Проте, так само чітко визначається і роль клієнта. Заохочується активність, свідомість у постановці цілей, бажання співпрацювати з психотерапевтом, імпровізувати з новими формами поведінки.

Найважливішим моментом в терапії виступає вироблення готовності до використання нових форм поведінки. Оскільки корекції піддається, в основному, поведінка особистості, яка звернулася за допомогою, то і завданням терапевтичної діяльності виступає формування оптимальних поведінкових навичок. Психічні розлади різного типу розглядаються як форми неадаптивної поведінки.

## **Питання для самоконтролю**

1. Назвіть основні напрямки, які лежать в основі поведінкової психотерапії.
2. Який внесок до поведінкової психотерапії зробило вчення І. П. Павлова?

3. Назвіть основних авторів біхевіоризму і поведінкової терапії.
4. Розкрийте суть основних понять поведінкової психотерапії.
5. Що таке оперантне обумовлення?
6. У чому полягає основна ціль поведінкової психотерапії.
7. Назвіть та опишіть вправи групової поведінкової терапії.
8. Опишіть основні техніки поведінкової терапії.

### **Література**

1. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).
2. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. – К. : МАУП, 2001. – 160 с.
3. Когнитивно-біхевіоральний підхід в психотерапії і консультуванні : хрестоматія / [сост. Т. В. Власова]. – Владивосток : ГИ МГУ, 2002. – 110 с.
4. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учебное пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
5. Паттерсон С. Теория психотерапии / С. Паттерсон, Э. Уоткинс. – СПб. : Питер, 2003. – 544 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
7. Психотерапия : учеб. для студ. мед. вузов / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 536 с. – (Национальная медицинская библиотека).
8. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.



**Носсрат Пезешкіан**  
**Nossrat Peseschkian**

**(1933- 2010)**

Н. Пезешкіан – німецький психолог іранського походження. Спеціаліст в області психіатрії, неврології та психотерапії. Засновник методу позитивної психотерапії, доктор медичних наук.

Директор Міжнародного Центру позитивної психотерапії, сімейної психотерапії, транскультурної психотерапії та психосоматичної медицини у Вісбадені. З 1954 р. проживає у Німеччині. Отримав психотерапевтичну освіту в

Німеччині, Швейцарії та США. У 1969 р. захистив докторську дисертацію з медицини у Франкфуртському університеті, другу докторську дисертацію – з психології захистив у 1980 р. З 1969 р. є керівником психотерапевтичної і психосоматичної поліклініки у Вісбадені (Німеччина). Його наукова робота переважно пов'язана із психосоматичною медициною, психотерапією і транскультурною сімейною психотерапією.

Н. Пезешкіан є головним редактором журналів “Позитивна психотерапія” (Німеччина) та “Позитікум” (Росія). Науковець є співзасновником Асоціації позитивної психотерапії в Росії, Литві, Болгарії, Чехії. У науковому доробку Н. Пезешкіана більше 200 робіт в Німеччині та інших країнах, в тому числі 7 монографій, які перекладені більше як на 20 мов світу.



## РОЗДІЛ 15. ПОЗИТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ

### 15.1. Суть позитивної психотерапії

Засновником методу позитивної психотерапії є Н. Пезешкіан, родом із Персії. За роки свого розвитку, даний метод поширився в Європі та світі, і сьогодні гармонійно поєднує у собі раціональну технологічність Заходу та інтуїтивну мудрість Сходу. Так, у позитивній психотерапії панує погляд на природу людини, як на цілісну триєдність тілесного, душевного та духовного (східне бачення). При цьому, науковому погляду піддається питання про взаємовплив соматичних, психічних та духовних феноменів (західне бачення) [5].

Позитивна психотерапія (від лат. *positum* – наявне, реально існуюче) – це мета-підхід, який спрямований як на психологічну допомогу (психотерапевтичний аспект), так і на виховання (педагогічний аспект), навчання дорослих (андрагогічний аспект), соціальну роботу (соціальний аспект), розвиток міжкультурної свідомості (крос-культурний аспект), взаємодію та інтеграцію різних психотерапевтичних напрямків (інтер-дисциплінарний аспект) [4; 5].

Термін позитивна психотерапія можна пояснити за допомогою поглядів його прихильників на різні захворювання. Певною мірою це співзвучно з тим, що російський психолог, академік Ю. М. Орлов називає саногенним мисленням (лат. *sano* – здоров'я) [1]. Можна сказати, що позитивна психотерапія прагне допомогти пацієнту або клієнту у кожному мінусі побачити свій плюс. Наприклад, біль розглядається як корисний сигнал про неблагополуччя якогось органу, що дозволяє прийняти своєчасні заходи щодо його лікування. Такий підхід, безумовно, позитивно впливає на хворого, особливо якщо він схильний до іпохондрії (перебільшення небезпеки захворювання) [5].

Можна навести безліч прикладів, коли позитивна терапія допомагає клієнту поглянути на свою хворобу, невроз або проблему лише як симптом, що сигналізує про якесь приховане неблагополуччя, без викриття і ліквідації якого всі лікувальні і психотерапевтичні заходи є недостатньо ефективними. Фігурально кажучи, у відношенні до багатьох наших хвороб і проблем ми

приймаємо вершки за корінці і, зірвавши їх, дивуємося, чому вони знову виростають [5].

Отже, першим головним завданням позитивної психотерапії є зняття страху пацієнта або клієнта перед своїм захворюванням, неврозом або проблемою і навіть виявлення в них позитивного моменту – підказок до пошуку дійсних причин недуги у правильному напрямі.

Позитивна психотерапія ґрунтується на 3 принципах – надії, балансу (гармонізації) і консультування, які відповідають 3 етапам роботи з пацієнтом як в процесі окремого заняття, так і впродовж всього психотерапевтичного курсу (в середньому 10 занять по 1-2 години). Вони можуть реалізовуватися як послідовно, так і одночасно [4; 5]:

1) позитивна інтерпретація проблеми пацієнта (наприклад, нервова анорексія – прояв здатності терпіти обмеження, співпереживати всім людям світу, які голодують і т.д.);

2) транскультурний підхід – розширення уявлень пацієнта про проблему за допомогою знайомства з іншим (часто – прямо протилежним) реагуванням і ставленням до суті його проблеми в інших культурах (наприклад, відмінності у ставленні до їжі і голодування в східних і західних культурах);

3) притчі та анекдоти з психотерапевтичним радикалом або розмовна раціональна терапія (автори виділяють 9 психотерапевтичних функцій притчі: посередництво між лікарем і пацієнтом, модель дозволу проблеми, залучення культури пацієнта і т. д.).

На етапі роботи з урахуванням принципу гармонізації використовується розподіл енергії за основними сферами життєдіяльності – тілесною, ментальною, соціально-комунікативною і духовною. До тілесної відносяться їжа, сон, секс, тілесні контакти, турбота про зовнішність, фізичні вправи, переживання болю і тілесного комфорту-дискомфорту. До ментальної – задоволення пізнавальної потреби і допитливості, професійні досягнення; до соціально-комунікативної – спілкування людини; до духовної – світоглядні і релігійні переживання, фантазії про майбутнє, надособистісні переживання і вчинки [4].

В ідеальній, гармонійній моделі на кожен сферу виділяється 25% життєвої енергії. Реальний же розподіл енергії виявляється за допомогою неформалізованого тесту; дисбаланс відзначається при

його спільному обговоренні і розподілі 10 значущих подій за останніх 4 роки життя за 4 сферами життєдіяльності. Дисбаланс в тілесній сфері створює ризик соматичних і психосоматичних захворювань, в ментальній – агресивних дистресових реакцій і перфекціонізму, у комунікативній – відчуття самотності і депресії, а в духовній – відчуття тривоги і психотичних порушень [4].

При виявленні дисбалансу (менше 10% або більше 50%) в будь-якій сфері з клієнтом спочатку розглядають можливості гармонізації, перерозподіл останніх 3 сфер і лише на останньому етапі цілеспрямовано обговорюють заходи для збалансування найбільш проблемної сфери, якщо це необхідно. Досягається це за допомогою директивних, конкретних і простих вказівок щодо зміни стилю життя клієнта, а також за допомогою методики планування майбутнього з урахуванням всіх 4 сфер життєдіяльності [4].

На етапі гармонізації виявляються і опрацьовуються актуальний і базальний конфлікти клієнта. Актуальний конфлікт складається під впливом зовнішніх подій (наприклад, зміна місця роботи, смерть близьких і т.д.), мікротравм в значущих міжособових відносинах при недостатній здатності до подолання цих проблем. Автори виділяють первинні (любов, надія, довіра) і вторинні здатності (ввічливість, чесність, слухняність, ощадливість, пунктуальність і т.д.). Типовим базальним конфліктом є конфлікт між чесністю і ввічливістю. Яскраво виражена ввічливість сприяє соціально обумовленій поведінці агресії, парасимпатикотонії і тривозі; домінування ж чесності призводить до симпатикотонії та агресії. Ці пускові механізми викликають функціональні розлади, а за наявності зон найменшого опору (див. вище про дисбаланс 4 сфер життя) – і соматичні або психічні порушення. На концептуальному рівні мова йдеться про гармонізацію “правопівкульних” проявів і об’єктів (любов-інтуїція-тіло-пошук сенсу) і “лівопівкульних” аспектів (знання- час-пошук значення) [4].

Реалізація принципу консультування означає передачу клієнту функцій психотерапевта (аутопсихотерапія). Такий підхід відповідає принципам психологічного консультування. На практиці вже з першого заняття використовуються структуроване інтерв’ю і опитувальники (диференціальний аналітичний і вісбаденський), при заповненні яких клієнт сам може прийти до осмислення різних аспектів своїх проблем. Широко практикуються домашні завдання, про виконання яких клієнт звітує на подальшому занятті[4].

Для подолання міжособистісних конфліктів позитивна психотерапія пропонує п'ятиступеневу стратегію [4]:

1) дистанціювання (спостереження) – відмова від критики, від стереотипних оцінок;

2) інвентаризація (опис) – оцінка здібностей партнера, як негативних, так і позитивних, характерних для самого клієнта або які є бажаними для нього;

3) ситуативне підбадьорення – підкріплення хорошої і правильної, з погляду клієнта, поведінки партнера;

4) вербалізація – вибір відповідної ситуації і стратегії обговорення проблеми з партнером;

5) розширення цілей – вибір нових цілей і сфер взаємодії з партнером з урахуванням його позитивних якостей і без перенесення негативного досвіду.

Для вербалізації проблеми рекомендується ряд конструктивних правил [4]:

1) запропонуйте партнеру обговорення конфліктної ситуації у слухний для нього час і за відсутності сторонніх;

2) починайте бесіду із спогадів про достоїнства партнера і позитивних аспектів його поведінки;

3) перейшовши до проблеми, не підвищуйте голос, говоріть від першої особи;

4) уникайте зсуву обговорення самої проблеми на особистісні особливості партнера;

5) пам'ятаєте, що розбіжності, які проявляються, в думках і поглядах – це показник довіри і щирості;

6) прагніть обмежити тривалість обговорення однією годиною;

7) нагадуйте собі і партнеру, що конструктивне вирішення проблеми – виграв для вас обох;

8) при інтенсивних, але невдалих спробах прийти до відвертого діалогу з партнером зверніться за допомогою до психолога або психотерапевта як до посередника.

Основними складовими методу позитивної психотерапії є:

– positum-підхід, що базується на принципі надії по відношенню до конструктивної природи людини, її здібностей та можливостей вирішувати власні проблеми;

– психодинамічний диференційний аналіз змісту конфліктів, що базується на принципі гармонізації актуальних та базових здібностей “Знати” та “Любити”;

– 5-крокова стратегія психотерапевтичної допомоги на основі принципу консультування, у процесі якого клієнти вчать самі собі допомагати [5].

Позитивна психотерапія найбільш успішно застосовується як основний і супроводжувачий метод при профілактиці і лікуванні неврозів і психосоматичних порушень. Зазвичай вона здійснюється у вигляді так званої короткочасної конфліктоцентрованої (тобто центрованої саме на конфлікті) терапії, що складається з 20-30 занять приблизною тривалістю близько 50 хвилин. Ключовою частиною позитивної психотерапії є так званий аналіз конфлікту [5].

Позитивна психотерапія бачить чотири сфери, за допомогою яких клієнт з більшим або меншим успіхом вирішує свої внутрішні конфлікти (проблеми). Такими сферами є: тіло, діяльність, контакти, фантазії.

Деякі люди реагують на важковирішувані проблеми соматично (тобто через сферу тіла). У цьому випадку так звані невідреаговані емоції викликають різні психосоматичні розлади, вегетативні дисфункції. До них найчастіше відносяться хронічні головні болі, гастрити, інші шлунково-кишкові або серцево-судинні порушення і навіть захворювання. Такий погляд змушує шукати причину цих порушень у центральній нервовій системі. Так, поняття невроз серця в принципі неправильне, оскільки невроз є продуктом порушень у центральній нервовій системі, а значить, і усунення його повинне йти іншим шляхом [5].

Інші індивідууми реагують через сферу діяльності, тобто старанно йдуть від проблеми у роботу, або, навпаки, у неробство. Часто при цьому одна і та ж людина з головою занурюється в непотрібні або нетермінові справи, у той же час не знаходить у собі силу волі взятися за необхідні справи. Треті – реагують через сферу контактів: вступаючи у конфлікти з іншими або, навпаки, ухиляючись від контактів, замикаються у собі. Четверті – реагують через сферу фантазії, ховаючись від реальності у світ ілюзій за допомогою алкоголю, наркотиків або йдуть у містику, у захоплення езотеричними, окультними науками, астрологією і т.д. [5].

Причиною цих відходів є невирішеність реальних життєвих проблем і нездатність або неготовність до їх реального вирішення. Хоча кожній людині доступні всі чотири сфери реагування, зазвичай якась одна з них є домінуючою [5].

Представники позитивної психотерапії роблять посилення на досвід спостереження, відповідно до якого у представників Північної Америки і Західної Європи на недозволений конфлікт частіше реагують сфери тіла і діяльності, тоді як у представників країн Сходу частіше задіяні сфери контактів і фантазії.

Позитивна психотерапія стверджує, що всі люди живуть у світі тих або інших конфліктів, та не всі з них стають для нас патогенними, тобто такими, що породжують патологічні реакції в одній із чотирьох вищезазначених сфер. Представниками даного напрямку визначено ряд причин, які роблять звичайний конфлікт патогенним, це [5]:

- конкретна ситуація конфлікту;
- індивідуальна реакція на конфлікт;
- особисті особливості даного індивідуума.

При аналізі конкретної ситуації у першу чергу розглядається реальна або потенційна (можлива) дія даного конфлікту на індивідуума: фізичний стан (включаючи здоров'я); професійні успіхи або невдачі (статус); майбутнє індивідуума (його плани).

При розгляді реакції на конфлікт виявляються стереотипи індивідуальної поведінки залежно від сформованої системи відносин: ставлення до Я (до самого себе); ставлення до Ти (сприйнятий з дитинства тип відносин у батьківській сім'ї); ставлення до Ми і до пра-Ми. Ці відносини можуть співпадати, а можуть і відрізнитися один від одного, відображаючи ставлення у батьківській сім'ї (Ми) до навколишніх людей і суспільства, а також безпосереднє ставлення індивідуума до суспільних, релігійних, ідеологічних норм і цінностей (пра-Ми) [5].

Відхилення у ставленні до Я визначаються нестачею виховання у дитячому віці, що виражаються у крайнощах або недоліку уваги до дитини (гіпоопіка), або у надмірній дбайливості яка зв'язує "руки і ноги" (гіперопіка). У першому випадку (при гіпоопіці) в дитини зазвичай формується занижене ставлення до себе, відчуття власної незначимості і непотрібності. При надмірній дріб'язковій опіці (гіперопіці) у дитини часто формується егоїзм, не підкріплений самостійністю. При зіткненні із реальним життям, така особистість не знає що робити і не збирається нічого робити, очікує на допомогу. У разі невдач, у людини формується образа на суспільство і соціальна дезадаптація [5].

Ставлення до Ти формується на тому, що людина з раннього дитинства вбирає у себе атмосферу домашніх сімейних відносин і

коли дорослішає – переносить ці відносини у власну сім'ю (до дружини, чоловіка, дітей, батьків). Це може сприяти формуванню міцної сім'ї або ж, навпаки, призвести до небажання створювати власну сім'ю [5].

Ставлення до Ми складається за схемою ставлення старших членів сім'ї до суспільства та інших людей. Якщо дитина бачить розбіжності у словах і справах, то вона теж приймає моделі лицемірства, вважаючи, що можна говорити одне, а робити інше [5].

Ставлення до пра-Ми відображає ставлення до суспільної моралі та ідеології. Залежно від інших відносин ставлення до пра-Ми може бути щирим, лицемірним або таким, що ігнорується [5].

Зрозуміло, що всі вище перераховані типи відносин мають умовний розподіл і багато в чому впливають один на одного. Позитивна психотерапія виходить з того, що у природі не існує довершених людей. З іншого боку, кожна недосконала людина має серед своїх особистих якостей не лише негативні, але і позитивні. Тому одне з головних завдань позитивної психотерапії – виявлення індивідуальних позитивних якостей і опора на них у боротьбі із негативними якостями і звичками [5].

## 15.2. Генеза неврозу

Позитивна психотерапія виходить з того, що в основі багатьох психічних і соматичних захворювань (у тому числі і неврозу) лежить конфлікт [1, с. 274].

При виникненні і проявах захворювання (неврози, психосоматичні хвороби) важливу роль відіграє **актуальний конфлікт**. Він може бути результатом впливу макропсихотравми (наприклад, смерть близької людини, еміграція, безробіття, зміна профілю роботи), або формуватися під впливом постійно діючих мікропсихотравмуючих факторів (сімейні конфлікти, конфлікти на роботі, загальне емоційне напруження у суспільстві і т.д.) [1, с. 280].

Актуальний конфлікт сам по собі є нейтральним. Проте, коли цей конфлікт стосується конкретної людини, тоді він отримує індивідуальне значення і стає патогенним фактором. Особистість тут відіграє таку ж важливу роль, як і конфлікт. Лише тоді, коли особистість пропускає конфлікт крізь призму свого Я, він (конфлікт) набуває індивідуального значення [1, с. 280].

Від того наскільки актуальний (нейтральний) конфлікт стане для даної особистості патогенним, залежить від багатьох причин: конкретна ситуація, реакція на конфлікт, особистісні здібності та ін. Специфічна взаємодія актуального і базового конфлікту (формується на основі задоволення і/або пригнічення базових потреб) описується у позитивній психотерапії за допомогою наступної моделі: здібності, ціннісні установки, концепції і готовність до конфлікту підсилюють зовнішні події та надають їм емоційного забарвлення на фоні біологічно-біографічної площини. Наприклад, у парі “чемність – прямота” чемність означає здібність бути уважним, підпорядковуватися, говорити “Так” ціною інтуїтивної відмови та емоційної реакції *страху*; прямота як здатність відкрито виражати потреби, стояти за себе, самостверджуватися визначає ризик *агресії*. Така взаємодія вважається центральною “точкою включення”, де вирішується подальший напрямок переробки конфлікту. До цих подій долучається увесь організм, особливо гормональна та вегетативна нервова система. Так можуть виникати функціональні порушення [1, с. 280].

Не дивлячись на культурні, соціальні розбіжності та неповторність кожної людини, переробка конфліктів в усіх людей відбувається за основними формами:

1) тіло / відчуття (симптоми: розлади сну, втрата апетиту, захворювання органів, роздратованість, безконтрольний прийом їжі, сексуальні розлади, втомлюваність, болі, акустичні і оптичні галюцинації, іпохондричні уявлення, порушення сприймання і потягів, афективні розлади);

2) діяльність / розум (симптоми: розлади мислення та інтелекту, уваги, пам'яті, труднощі у прийнятті рішення, схильність до раціоналізації, мрійливість, дереалізація, нав'язливості; пенсійний невроз, апатія, зниження активності);

3) контакти / традиції (симптоми: фіксації, упередження, стереотипи, фанатизм, слабкість суджень, боязнь правди, почуття провини і ненависті, маргінальність, односторонність);

4) майбутнє / фантазія (симптоми: нестримні фантазії відсторонені від дійсності, суїцидальні фантазії, сексуальні фантазії, страхи, нав'язливі думки і уявлення).

Ці форми переробки конфліктів є відносно широкими категоріями, які людина наповнює особистими уявленнями, бажаннями і конфліктами. Кожна людина розвиває власні переваги у



подоланні конфліктів. Надання переваги тій чи іншій формі переробки конфлікту залежить від набутого досвіду, зокрема отриманого у дитинстві. Конкретні форми реагування моделюються у конкретній життєвій ситуації за участі конкретних концепцій [1, с. 277].

Людина із здоровою психікою – та людина, яка знає як подолати проблеми і вийти із конфліктної ситуації, а не та, яка їх не має. Тому, однією із задач психотерапевта у позитивному напрямку є вникнення у суть конфлікту клієнта, допомога у рівномірному розподілі енергії, спрямованої на її вирішення, на основні чотири сфери (тіло / відчуття, діяльність / розум, контакти / традиції, майбутнє / фантазія).

### **15.3. Техніки позитивної психотерапії**

У позитивній психотерапії широко використовуються різноманітні техніки і методики, у тому числі і з суміжних напрямків: вербальні техніки (проговорювання), питання-відповіді, опитувальник актуальних здібностей, техніка візуалізації, робота з малюнками (елементи арт-терапії), діаграми, образи, анекдоти, притчі, прислів'я, повчальні історії, “психотерапевтичні казки” тощо. Важливо, щоб історія, яку розкаже психотерапевт, була подібною до конфліктної ситуації клієнта. Проте така подібність не має бути надто конкретною, вона повинна лише торкатися до конфлікту, щоб посилити психотерапевтичний ефект.

**Техніка «Виявлення ресурсу»** допомагає психотерапевту відшукати ресурси клієнта скрізь і всюди, навіть в минулому. Минуле обговорюється не як джерело труднощів, а як ресурс, минулі випробування – як цінний повчальний досвід, негативні події – як основа деяких теперішніх ресурсів і позитивних якостей. Зразки запитань: «Якби мені довелося пройти через те, через що пройшли ви, я б, напевно, не вижив. Як вам вдалося вижити? Звідки у вас взялися сили?»; «Вам так довго вдавалося уникати цієї проблеми. Які ресурси ви для цього використовували?»; «Хто по вашому, міг би вирішити цю проблему? Як ви собі уявляєте, що б він або вона зробили?»; «Чи є щось таке, що вам добре вдається? Як це можна використати при вирішенні вашої проблеми?».

**Техніка «Ревізія минулого»** акцентує увагу на тому, що минуле сприяє більшою мірою збільшенню внутрішніх ресурсів клієнта, ніж виникненню проблем. Зразки запитань: «Якби можна було взнати чи мають ваші минулі переживання відношення до ваших теперішніх проблем, і з'ясувалося б, що ваша проблема не має нічого спільного з вашим минулим, чи буде ваш підхід до своєї проблеми іншим?»; «Чи є щось таке, чого ви навчилися у минулому, що ви могли б назвати корисним у розв'язанні цієї проблеми?»; «Як ви думаєте, важке дитинство робить людину сильнішою чи слабшою?»; «Давайте уявимо собі, що пройшло десять років. Протягом тривалого часу ваша проблема більше не існує, і якщо озирнутися на своє минуле, як, по-вашому, минулі переживання допомогли вам подолати свою проблему?».

**Техніка «Придумування імен і ярликів»** допомагає клієнту позбутися різних негативних асоціацій, пов'язаних із традиційною назвою. Вдало вибране нове ім'я може одночасно полегшити розмову про проблему і відіграти роль трампліну для нових творчих злетів. Нова назва проблеми не повинна підривати її серйозність, повинна бути прийнятним терміном. Зразки запитань: «Чи є у вас якийсь прізвисько для цієї проблеми?»; «Можливо почнемо з того, що дамо цій проблемі симпатичну назву? Що б це могло бути?».

**Техніка «Визнання компетентності клієнта»** сприяє виявленню здійснених рішень, знайдених самим клієнтом. Зразки запитань: «Припустимо, що ваш друг прийшов до вас із подібною проблемою за порадою. Що б ви йому сказали?»; «Яке з ваших власних рішень проблеми на сьогоднішній день виявилось найуспішнішим? Що ще ви хотіли б спробувати зробити?»; «Чи можете ви скласти список шляхів вирішення проблеми, які ви випробували чи пропонували, але переконалися, що вони не є дієвими?».

**Техніка «Шкала надії»** є одним із способів ініціювання розмови про прогрес клієнта. На стандартній 10-ти бальній шкалі зазначається найгірший (1) і найкращий (10) стан проблеми, попередній і сьогоднішній стан справ. Запитання: «На основі чого ви стверджуєте, що сьогодні ситуація краща?» Розмова про досягнутий прогрес спонукає до пояснення прогресу (що допомогло), а не проблеми. Таке фокусування допомагає клієнту побачити, що проблема не вічна, а він (клієнт) володіє великим контролем над проблемою, більшим ніж це здається на перший погляд.

## **Техніка «Вироблення продуктивних рішень»**

використовується для підтвердження того, що клієнт сам знає що йому підходить, а що ні у вирішенні проблеми. Також ця техніка є необхідною у ситуації відсутності прогресу у клієнта. Зразки запитань: «Давайте шукати творче вирішення цієї проблеми. Ми могли б віднайти щось абсурдне. Що б це могло бути?»; «У мене є для вас пропозиція... Що ви про неї думаєте? Чи не хочете ви нею скористатися? Як ви вважаєте, що відбудеться, якщо ви вдієте саме так?»; «Я знаю одну людину із схожою проблемою, яка вчинила так... Чи не думаєте ви, що щось подібне могло і вам допомогти?»; «Якби вам довелося спробувати щось інше, коли проблема знову виникне, що б ви зробили?»

Ядром позитивної психотерапії виступає п'ятиетапна стратегія лікування, відповідно до якої психотерапевт прагне зрозуміти людину у тих життєвих ситуаціях, в яких вона захворіла [1, с. 282; 4]:

- спостереження/дистанціювання від конфлікту;
- опрацювання конфлікту/інвентаризація;
- ситуативне схвалення;
- вербалізація;
- розширення життєвих цілей.

**Дистанціювання від конфлікту.** На цьому етапі психотерапевт повинен допомогти клієнту відійти убік від тієї проблеми, яка закрила йому світло у віконці і заважає побачити реальний навколишній світ. Це нагадує центральної фігури, закрила собою фон, який насправді більш гідний бути фігурою. Уточнюючи симптоматику психотерапевт надає позитивну інтерпретацію наявним у клієнта розладам. Багатим арсеналом для мобілізації ресурсів клієнта є притчі і народна мудрість, які пропонуються в якості контрконцепцій. Притчі використовуються у позитивній психотерапії не довільно, а цілеспрямовано у межах п'ятиетапного лікування. Лише дистанціювавшись від хворобливої роздутої проблеми, тобто поглянувши на неї ніби з боку, “тверезими очима”, клієнт зможе побачити її реальне (не таке вирішальне, як йому здавалося) значення. І лише тоді може продуктивно розпочатися наступна стадія – опрацювання конфлікту [1, с. 289-290; 5].

*Психотерапевтичний акцент:* розвиток здібностей слухати і сприймати. Як учасники конфлікту члени сім'ї як правило втрачають дистанцію від власних протиріч, нерозуміння протиріч один одного сприяє розвитку невротичних і психосоматичних розладів. Учасники

конфлікту ведуть себе точно так, як та людина, яка стоїть перед картиною, майже торкаючись її носом. Вона бачить лише маленьку частину картини, зате дуже чітку картинку, така людина втрачає картину як щось ціле і разом з тим її зміст [1, с. 289].

**Опрацювання конфлікту.** Після того, як клієнт зможе побачити всю картину конфлікту (до цього закрити від нього окремою перебільшеною деталлю), починається наступний етап позитивної психотерапії – опрацювання конфлікту. Це досить кропітка робота. Психотерапевт спільно з клієнтом намагається визначити ступінь вираженості даного конфлікту у кожній з чотирьох вищезазначених сфер (тіло, діяльність, контакти і фантазії) або принаймі у найголовніших з них. Вони творчо співпрацюють, з'ясовують, який вплив зробив даний конфлікт на клієнта (його стан, професійні справи і т.д.), на його сім'ю (або окремих її членів), на побутові, ділові стосунки з іншими людьми, на соціальний статус та ін. Одночасно робиться спільний максимально відвертий аналіз того, як і наскільки на цей конфлікт могли вплинути стосунки батьків, вплив інших людей і подій, власні індивідуально-психологічні особливості клієнта. Після ретельного опрацювання цього рівня позитивної психотерапії можна переходити до її наступного етапу [5].

*Психотерапевтичний акцент:* розвиток здібності цілеспрямовано ставити запитання. На даному етапі психотерапевт використовує питання: “Що трапалося з вами, вашою сім'єю і вашим оточенням за останні п'ять років (у чотирьох формах переробки конфліктів)?”, “Як пропрацьовувалися проблеми?” При цьому терапевт аналізує час, терміни виникнення симптомів і особливості їх прогресування, окрім того, клієнта інформують про значення мікротравм відповідно до девізу “Крапля камінь точить” [1, с. 293].

**Ситуативне схвалення.** На цьому рівні акцент робиться на позитивних якостях і моделях поведінки клієнта. При цьому помилки і негативні якості не ігноруються, але відступають на задній план, оголяючи те краще у клієнті, на що можна спертися в подоланні негативних явищ психологічних станів і поведінкових моделей. Ситуативне схвалення можна розуміти і ширше – як прагнення уникати різного роду негативних оцінок і думок навіть щодо сторонніх людей, оскільки будь-які негативні вислови і навіть думки та відчуття посилюють патогенну конфліктну ситуацію [5].

*Психотерапевтичний акцент:* розвиток здібностей виділяти малоконфліктні складові та позитивні аспекти симптоматики. На

даному етапі психотерапевт використовує питання: “Які позитивні аспекти мали ці події для вас і вашого оточення?”, “Як ви долали попередні події проблеми?” Роблячи акцент на тих моментах, які переживаються як позитивні, клієнту стає набагато легше сприймати ті моменти які є неприємними і негативними. Якщо психотерапевт цікавиться тим що об’єднує сім’ю, а не конфліктами і проблемами сім’ї, то це сприяє відновленню позитивних стосунків, навіть якщо вони вже давно відійшли у минуле. Цей і є основним принципом ситуативного схвалення позитивної психотерапії [1, с. 296].

**Вербалізація.** Лише освоївши три перші рівні (дистанціювання від конфлікту, опрацювання конфлікту і ситуативне схвалення), клієнт за допомогою психотерапевта переходить до четвертого етапу позитивної психотерапії – вербалізації. На цьому рівні терапевт починає привчати клієнта якомога точніше словесно описувати стан свого конфлікту, відкритіше і вільніше його обговорювати. Для цього дуже важливо створити атмосферу доброзичливої довіри і повної конфіденційності. Клієнт повинен бути переконаним не лише в тому, що будь-які його одкровення не стануть відомі, але і в тому, що психотерапевт навіть мовчки не осудить жодного з отриманих визнань і висловів. При цьому психотерапевт не займає погоджувальну позицію і в тактовній формі висловлює свої думки і поради, але не нав’язує їх клієнту, а лише допомагає краще оцінити ситуацію. На цьому рівні дотримується широко вживаний у багатьох психотерапевтичних напрямках принцип “тут і тепер”, тобто психотерапевт ненав’язливо, але постійно спрямовує клієнта до обговорення даної ситуації і теперішнього відчуття, повертаючи його думки від минулого і від роздумів про майбутні наслідки її розвитку [5].

*Психотерапевтичний акцент:* розвиток здібностей цілеспрямовано звертатися до недокінця пережитих подій і конфліктів. На даному етапі психотерапевт використовує питання: “Які проблеми ще вікриті для вас”, “Які дві-три повинні бути вирішені у найближчі місяць, півтора?”, “По відношенню до кого і як часто виникають конфлікти у даній сфері?”, “Як і коли вона з’явилася?”, “Яких актуальних здібностей вони стосуються (яке відношення вони мають до бережливості, справедливості) і т.д.)?” Тобто, конкретизуються ті конфлікти які до сих пір залишилися невисловленими чи неусвідомленими. По можливості, разом із всіма учасниками конфлікту, відпрацьовуються стратегії поведінки. Тобто,

починається безпосереднє сімейне обговорення, яке допомагає вирішувати конфлікти, замість того що просто пасивно їх терпіти. З метою побудувати довірливі стосунки з іншими клієнт вчиться підсилювати окремі позитивні якості свого партнера і приймати до уваги пов'язані з ними свої критично виражені якості [1, с. 297].

**Розширення життєвих цілей.** Після того, як клієнт, наскільки можливо, відсторонився від конфлікту (побачив його з боку), пропрацював його (розклав поличками на складові), постарався побачити все, що можливо, у позитивному сенсі, навчився спокійно обговорювати свій конфлікт, він переходить до завершального рівня позитивної психотерапії – розширення життєвих цілей. Клієнт, за допомогою психотерапевта, бачить, як багато енергії (в основному негативної) він безуспішно витрачає на подолання конфлікту. Після усвідомлення цього факту можуть бути намічені два виходи. Перший – розширити сфери дії на конфліктну ситуацію, тобто вирішувати її не через одну з вищезазначених сфер (тіло, діяльність, контакти і фантазії), а оптимально задіювати кожен з них – піти на вирішення конфлікту ширшим фронтом і не стихійно, а наміченою (разом з психотерапевтом) стратегією. Може бути і другий вихід (за аналогію з фрейдівською сублімацією лібідної енергії), коли клієнт відмовляється від досягнення фруструючої його мети (прямого вирішення конфлікту) і спрямовує енергію, що вивільняється, на досягнення важливішої життєвої мети. Природно, що такому вирішенню може добре допомогти додавання елементів психоаналізу, біхевіористської та інших видів психотерапії при їх кваліфікованому здійсненні [5].

*Психотерапевтичний акцент:* розвиток здібностей вкладати енергію не лише у проблеми, але й у життєві сфери [1, с. 299].

П'ятиетапна модель позитивної психотерапії не є суворою схемою, до якої потрібно залучити клієнта та його сім'ю. Окремі етапи не надбудовуються один над одним статично, а є динамічно взаємопов'язаними один з одним [1, с. 301].

#### **15.4. Результат психотерапевтичного впливу**

Основна мета позитивної психотерапії, як методу, полягає у тому, щоб допомогти людині не загубитися у потоці стрімких змін і

подій епохи, віднайти себе і повірити в те, що, як пташка народжена для того щоб літати, так і людина, створена для щасливого життя.

Результатом психотерапевтичного впливу виступає зміна точки зору клієнта на свою хворобу і як наслідок – нові можливості у пошуках резервів у боротьбі із недугою [1, с. 274].

Н. Пезешкіан вважав, що усі явища, усі події мають дві сторони “+” і “-”. В процесі психотерапії важливо вирішити:

1. Зі стану “-” перевести клієнта в стан “+”: “Що тобі дає ця ситуація”, “Від чого вона тебе вберігає?”, “Які ти бачиш у ній плюси?”, “Чи вона собі може бути корисною?” тощо; людина отримує можливість стати “над ситуацією”, подивитися на неї збоку, трохи відсторонитися – з’являються сили, знаходяться ресурси, тобто розпочинається шлях зцілення.

2. Розвиток надії і самодопомоги. Важливо аби клієнт вірив у те, що кожна людина від початку наділена здібностями, які допомагають їй вирішувати проблеми. Клієнт повинен виявити у собі ці здібності, розкрити їх, віднайти допоміжні ресурси, навчитися на них опиратися. Клієнт здоровий тоді, коли самостійно може справлятися із своїми труднощами. Тут можна використати вислів Н. Пезешкіана: “Тобі потрібна рука допомоги? Подивися, у тебе є своїх дві”.

3. Розуміння і проживання серцем того, що деінде, за межами власної культури (сімейної, позасімейної, субкультури, країни, нації) чинять по-іншому. Це, за баченням Н. Пезешкіана, є рухом в перед, розширює можливості і здібності при вирішенні проблеми. Тут можна використати вислів Н. Пезешкіана: “Якщо хочеш мати те, чого ніколи не мав, зроби те, чого ніколи не робив”.

## **Висновки**

Позитивна психотерапія – це новітній гуманістичний напрямок сучасної психотерапії, офіційно визнаний Європейською Асоціацією Психотерапії у 1996 році.

У позитивній психотерапії зазначається, що хвороби, конфлікти, стреси, життєві негаразди є даністю життя кожної людини і це треба визнавати. І, поруч з цим, корисно визнавати, що людина наділена здібностями, завдяки яким здатна знаходити вирішення найскладніших проблем та втілювати їх у життя. Представники

позитивної психотерапії стверджують, що якщо існує проблема – то існує і її вирішення.

Позитивна психотерапія наголошує на цілісному баченні життя людини та оптимістичному сприйнятті її природи (позитивна концепція людини), з врахуванням усіх дійсних її складових. Позитивна психотерапія є ресурсо-фокусованим методом, що системно поєднує у собі психодинамічний, когнітивний та поведінковий елементи. Це забезпечує короткотерміновість консультування у руслі позитивної психотерапії.

З погляду авторів позитивної психотерапії вважається, що основу будь-якої людини складають дві провідні здібності і потреби – пізнання і любов. Здібність і потребу до пізнання вони відносять до раціональної, інтелектуальної суті людини. Цією сферою, як відомо, керує ліва півкуля головного мозку. Здатність і потреба любити вони відносять до емоційної, духовної суті людини, якою відає права півкуля.

### **Питання для самоконтролю**

1. У чому полягає суть позитивної психотерапії?
2. Хто є автором позитивної психотерапії?
3. Які принципи лежать в основі позитивної психотерапії?
4. Чому позитивна психотерапія називається конфліктно-центрованою?
5. Назвіть та наведіть приклади п'ятиступеневої стратегії подолання міжособистіних конфліктів у позитивній психотерапії.
6. Які чинники роблять звичайний конфлікт патогенним?
7. Узагальніть конструктивні правила вербалізації проблеми.
8. За допомогою яких сфер клієнт вирішує свої внутрішні конфлікти у позитивній психотерапії?
9. Перерахуйте п'ять рівнів техніки позитивної психотерапії.

### **Література**

1. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / Малкина-Пых И. Г. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.



2. Орлов Ю. М. Восхождение к индивидуальности: кн. для учителя / Орлов Ю. М. – М. : Просвещение, 1991. – 287 с.
3. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пезешкиан Н. – М. : Институт позитивной психотерапии, 2006 – 464 с.
4. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
5. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.



**Морено Якоб Леві**  
**Moreno Jacob Levi**

**(1890-92 –1974)**

Народився під час подорожі батьків по Чорному морю у 1890 р. або у 1892 р. (суперечливі джерела). Я. Морено закінчив Віденський університет і отримав ступінь доктора загальної медицини. Під час навчання в університеті і кількома роками пізніше у Я. Морено виникають ідеї, які лягли в основу теорії психодрами. Їхній розвиток прослідковується в брошурах, прозі, віршах науковця. У ті роки Я. Морено також видавав літературний

щорічник.

Я. Морено працював із прикордонними групами (емігранти, повії). У 1925 р. Я. Морено емігрував в США, де проводив дослідження в школах, виховних установах, в'язницях, у ході яких остаточно сформувалися ідеї групової психотерапії і соціометрії.

Організовано Інститути Морено в м. Нью-Йорк і м. Бікон, а в 1941р. – Американське товариство групової психотерапії і психодрами. У рамках напрямку видаються журнали, працюють заклади, психодраматичні театри існують у клініках, школах, реабілітаційних центрах, в'язницях.

## РОЗДІЛ 16. ПСИХОДРАМА

### 16.1. Суть психодрами

**Психодрама** – це метод групової роботи, який являє собою рольову гру, у ході якої використовується драматична імпровізація як спосіб вивчення внутрішнього світу учасників групи і створюються умови для спонтанного вираження відчуттів, пов'язаних з найбільш важливими для клієнта проблемами. Психодрама заснована на ігровому принципі [5; 6].

Поняття про драму як про коректуючий метод виникло у результаті експерименту, який був поставлений Я. Моренно після закінчення першої світової війни. Цей експеримент отримав назву “Спонтанний театр”. Вперше Я. Морено задумався про терапевтичний потенціал ігрових методик, коли звернув увагу на те, як діти, що гуляли в парках м. Відня, розігрували свої фантазії [5].

На думку прихильників психодрами, травматичні події, низькі можливості для розвитку спонтанності і креативності призводять до егоцентричної позиції, а саме людина закривається у твердій оболонці соціального атома і не встановлює щирих зв'язків з іншими людьми. Її зв'язки перетворюються в сітки, які не дають можливості вільно рухатися. У психодрамі ці сітки реконструюють, створюється новий соціальний атом, валентність зв'язків якого стає настільки сильною, що це впливає на систему соціальної взаємодії людини. Учасник психодрами включається у соціальний атом, в якому задаються нові норми спілкування, складаються нові міжособистісні зв'язки. Людина починає встановлювати з іншими людьми відносини, які Я. Морено описав через древню метафору “теле”. **Телевідносини** – це щирі зв'язки між людьми, які розвиваються на соматичному, психологічному, соціальному і трансцендентальному рівнях. Їхньою вершиною стає зустріч - спілкування з іншою людиною, як з Ти. Через ці відносини людина здійснює зв'язок зі світом, реалізує свою людську сутність, самотрансцендентується, проникає у переживання інших людей. Вони можуть бути і позитивними, і негативними, головна їхня якість – реалістичність, яка веде до розуміння [1, с. 141].

Психодраматична група стає частиною соціального атома людини. Впливаючи на форму соціальних зв'язків, вона змінює

орбіту руху цієї людини у зовнішньому і внутрішньому світі. Процеси, що почалися на периферії, перетворюють ядро атома – думки і почуття клієнта. У психодрамі її учасник здобуває істинно людську дистанцію для бачення та оцінки своїх проблем. Зійшовши зі звичної орбіти руху соціального атома, людина змушена шукати своє місце у світі, звертаючись до нових цінностей, набуваючи новий досвід. Цей процес спирається на спонтанність і креативність клієнта і є метою психодрами [1, с. 142].

У психодрамі людині пропонується роль героя в грі, зміст якої зосереджений на його проблемах. Таким чином, він може вільно виражати свої відчуття в імпровізаціях, що спрямовуються психотерапевтом, а інші актори виконують ролі головних персонажів його реального життя [5]. Результативність даного методу ґрунтується на цілющому ефекті групової взаємодії. Тому у психодрамі багато уваги приділяється груповій динаміці. Існують групи, основним фокусом яких стає розвиток групового процесу; взаємодія в ситуації “тут і тепер”. У них обговорюються особливості міжособистісного сприйняття і взаємодії, які повторюють зразки поведінки, відносини у групі. Життя у психодраматичній групі здобуває особливий статус, формується як специфічна реальність, у якій учасники можуть експериментувати з різними життєвими перспективами, ролями, формами поведінки. Вистава на сцені дає можливість пережити їх у всій повноті. У психодрамі можуть програватися як реальні так і віртуальні події, а також фантазії, сновидіння клієнта. Член групи може переходити з однієї реальності в іншу і у цій грі можливостей набуває креативність та спонтанність [1, с. 142].

Психодрама може бути реальнішою за саме життя, у ній присутня Подія (у смислі Співбуття з людьми, зі світом), у той час як життя невротика може бути лише низкою ситуацій. У психодрамі учасники не просто відтворюють почуття, але і вносять нові елементи у поведінку, переживання, створюючи нову інтеграцію. Клієнт актуалізує наявні та освоює нові поведінкові зразки, розхитує стереотипи, викликає до життя реальні й існуючі у фантазіях ролі. Тому немає необхідності копіювання ситуації з минулого, сама неточність ситуації може надати імпульс креативності. Психодраматична ситуація визначається також психодраматичною рамкою, особливостями нормативної регуляції терапевтичної групи. Клієнт не просто відтворює ситуації, а активно діє зі своєю особистою історією, створюючи нову суб’єктивну реальність. Відчуття, що будь-

яку подію можна пережити, саме по собі несе терапевтичний ефект і відкриває шлях для розвитку спонтанності і креативності [1, с. 142].

Спонтанність і креативність Я. Морено розглядає як показник і одночасно фактор особистісного розвитку. **Спонтанність** – це дія по ситуації, творча імпровізація. Прояв спонтанності подібний до течії струмка. Він вибирає те русло, у якому може вільно текти, і поглиблює його. Як струмок не тече в одному напрямку, так і людина поводить себе відповідно до ситуації “тут і тепер”. Спонтанність означає не сваволю, випадковий імпульс, а дію, яка найбільш відповідає актуальному стану людини, у якому інтегруються її глибинні потреби. Коли людина діє спонтанно, вона продуктивна і креативна. Високо цінуючи творчий порив, Я. Морено писав, що у творенні людина стає богоподібною. Бог в його уявленні не придушує своєю величчю, акт творення – це гра, воля. Можливо, визначення Номо Ludens, у якому виражається воля і творчість, описує найбільш суттєві характеристики людини [1, с. 143; 8, с. 146–149].

Зміни в людині можуть відбуватися на різних рівнях. Зміна установок, переконань відбувається переважно на когнітивному рівні з використанням навчання. Особистісні проблеми охоплюють більш глибинні і генетично більш ранні шари, де у безпосередньому зв'язку представлені думка, відчуття, переживання, дія. Я. Морено вважав, що для актуалізації почуттів необхідна дія. Виконання ролі у передбачуваних умовах створює реальну канву, у якій можуть проявитися почуття. Тому основним способом роботи у психодрамі є психодраматична дія. Клієнт включається в дію, відчуває і здійснює її динаміку. Форми вираження переживання в психодрамі різноманітні і належать різним мовам (слово, образ, рух), що дозволяє гнучко використовувати їх у кожній конкретній ситуації [1, с. 143].

Спосіб впливу на клієнта у психодрамі базується на використанні широкого діапазону засобів, в основі яких лежить ефект катарсису, інсайту і навчання. Програючи ситуації минулого травматичного досвіду, клієнт заново переживає їх, усвідомлює свої потреби та інтегрує емоційний досвід. У психодраматичній дії протагоністом (головний герой психодрами) (а через ідентифікацію з іншими членами групи) досягається нове розуміння і виробляються нові способи реагування [1, с. 143].

Ефект навчання складається з двох складових. По-перше, людина апробує себе в нових ролях, розширює рольовий репертуар, і завдяки цьому досягає кращого саморозуміння і

розуміння інших людей. По-друге, людина навчається спонтанності. Спостерігається цікавий парадокс: маска ролі не лише обмежує волю самовираження, але й дозволяє розлучитися з іншими масками – захисною бронєю – і діяти спонтанно [1, с. 144].

Психодрама ставить перед собою наступні завдання [5]:

1. Творче переосмислення власних проблем і конфліктів.
2. Вироблення глибшого і адекватнішого саморозуміння клієнтом.
3. Подолання неконструктивних поведінкових стереотипів і способів емоційного реагування.
4. Формування нової адекватної поведінки і нових способів емоційного реагування.

Психодраматичне розігрування ролей змінює поведінку клієнта, його ставлення, установки, способи емоційного реагування. В якості факторів, які позитивно впливають на зміну установок, виділяють: надання клієнту вільного вибору як щодо участі у психодрамі, так і щодо ролі, залучення клієнта до виконавчої діяльності, появи можливості внести у гру власні імпровізації, отримання клієнтом позитивного підкріплення після закінчення дії. Психодрама сприяє подоланню захисних позицій клієнта, підсилює емоційну залученість, допомагає вивченню власних проблем, досягненню катарсису та інсайту [5].

Класична процедура психодрами включає 5 основних елементів:

**Протагоніст** – головний герой психодрами. Він пропонує матеріал для розігрування, задає ситуацію для сцени, її постановку, і сам грає. Діючи у ній, а потім беручи участь в обговоренні, він набуває більш повного бачення ситуації, себе та інших людей, формує нові поведінкові зразки [1, с. 144].

**Допоміжне Я** – це члени групи, яких вибирає протагоніст для зображення відсутніх учасників сцени, яка програється. Допоміжне Я може одержати роль реальної особи, але може грати образ сновидіння, субособистість, частину тіла, річ, ідею – все те, що являє світ протагоніста у чуттєвій тканині, робить його конкретним і відчутним. Допоміжне Я допомагає протагоністу уточнити зв'язок в його соціальному атомі. У цій ролі він уважно прислухається до пояснень протагоніста, коректує свою гру відповідно до його зауважень. Якщо дії Допоміжного Я не відповідають образу

прототипу, що склався у протагоніста, той перериває сцену і на певний час відбувається обмін ролями.

Дії Допоміжного Я підпорядковуються протагоністу, його сприйняттю прототипу, а не якоїсь умовної об'єктивності. Протагоністу важливо відчувати співпереживання і бажання допомогти. Допоміжне Я стає ніби посередником у процесі інтеріоризації нових ідей і у цьому значенні є продовженням протагоніста. У той же час люди в цій ролі повинні бути чуйні і до вказівок психотерапевта. Немає необхідності в зовсім точному відображенні, деякі риси навіть гіперболізуються сензитивним Допоміжним Я для того, щоб досягти свідомості протагоніста. Допоміжне Я – не маріонетка, яка приводиться в дію протагоністом або психотерапевтом. У нього є власне розуміння, відчуття проблеми, яку він вносить у гру. Це розуміння не є артефактом, воно збагачує реальність протагоніста і надає йому інші аспекти для розгляду ситуації [1, с. 145].

Непоодинокую є ситуація, коли роль знаходить відгук у досвіді Допоміжного Я. Це одна з причин, чому їм вдається відшукати ключі для розігрування ситуації або допомогти одержати їх у протагоніста. У ході психодрами Допоміжне Я може переживати сильні емоції і навіть досягти катарсису. У результаті обговорення гри цей учасник прояснює і свої проблеми. Наприклад, якщо у члена групи проблема полягає у взаємостосунках із батьками, йому часто випадає грати у сімейній сцені. За допомогою такого способу трансферні реакції протагоніста спрямовуються не лише на психотерапевта, але й розподіляються на інших членів групи. Трансферно-контртрансферні реакції стають терапевтичним фактором і для протагоніста, і для Допоміжного Я, і для інших членів групи, які ідентифікувалися з учасниками психодраматичної дії [1, с. 145].

**Ведучий (режисер, фасилітатор)** психодрами – психотерапевт. Він несе відповідальність за організацію сеансу, керує ним, вибирає відповідні техніки, регулює емоційну напруженість й уключеність учасників. Як психотерапевт, ведучий концентрує свою увагу на дослідницькій функції: спостерігає за вербальними і невербальними проявами членів групи, співвідносить їх, відшуковує ключі. На основі узагальнення цієї інформації ведучий планує сеанс, організовує його хід, ставить мету і відшуковує засоби для їхнього досягнення. Як режисер ведучий відповідальний за засвоєння і використання мови психодрами. Режисер ставить сцени, але при цьому він не втручається у їхній зміст. Протагоніст сам вирішує, що буде розіграватися, а

ведучий на основі ключів спрямовує протагоніста, допомагає у створенні мізансцени, генерує ідеї, які забезпечують найкраще просування. Для цього ведучий підбирає техніки, у яких проявиться і вирішиться проблема, організовує дію групи. Як правило, ведучий не бере участі у психодраматичній дії, в якості партнера протагоніста він виступає у критичній ситуації. Участь ведучим у розігруванні знижує відповідальність і віру у свої сили іншими учасниками. Роль ведучого відображається у просторовому розташуванні – він сидить на краю сцени, підтримуючи контакт із протагоністом та із групою [1, с. 146].

У якості **глядачів** виступають члени групи, що не приймають безпосередньої участі у психодраматичній дії, але вони обговорюють ситуацію після її завершення (не лише відносно протагоніста та учасників психодрами, але й стосовно самих себе). На завершальному етапі заняття вони демонструють своє емоційне ставлення до того, що відбувається, розповідають про проблеми, які їх хвилюють, і конфлікти, які аналогічні до розіграваних у психодрамі [5].

Завдання глядачів полягає, з одного боку, у допомозі протагоністу, за допомогою критичного або співчутливого реагування на те, що відбувається на сцені, з іншого – у допомозі самим собі, переживаючи те, що відбувається на сцені і таким чином досягаючи інсайту стосовно своїх власних мотивів і конфліктів. Коли дія на сцені закінчується, глядачі можуть допомогти протагоністу усвідомити його власні проблеми, не аналізуючи їх за стереотипом психотерапевта, який діагностує клінічний випадок, а розповідаючи різні випадки зі свого особистого досвіду, які схожі на те, що відбувалося з протагоністом. У результаті цього, протагоніст відчуває себе впевненіше, знаючи, що він не самотній зі своїми проблемами, що інші теж можуть зазнавати подібні труднощі і внаслідок цього вони здатні до співпереживання і розуміння його ситуації [5].

**Сцена** – це місце у просторі, де розгортається дія. Часто психодраму застосовують у спеціально організованих для цього театрах або пристосованих для гри кабінетах. Якщо ж немає подібної сцени, то замість неї може бути використаний будь-який простір у колі групи. Він повинен бути достатньо великим, щоб протагоніст і антагоніст мали простір для психодраматичної дії, а саме приміщення повинне мати правильні пропорції. Дуже маленькі приміщення обмежують свободу переміщення виконавців, а дуже великі – негативно позначаються на груповому відчутті. Якщо немає



кольорових можливостей освітлення, то освітлення можна змінювати за допомогою віконних штор і переносних ламп. Як реквізит використовуються прості для транспортування стільці з невеликим столиком [5].

У цілому процес психодрами включає три основні **фази**: ініціальну, або підготовчу (розігрів); власне драматичну дію; обговорення (надання зворотного зв'язку та емоційного обміну). Під час ініціальної фази відбувається вибір протагоніста, отримання діагностичного матеріалу, попереднє обговорення проблеми і самої ситуації з протагоністом, підготовка протагоніста та інших учасників, організація простору для психодраматичної дії. Зазвичай в ініціальній фазі проводиться розминка, завдання якої полягає у стимулюванні спонтанності учасників, ослабленні страху, тривоги і неспокою, знятті захисту, створенні відповідної емоційної атмосфери. Для цього використовуються різні допоміжні прийоми: дискусія, живі скульптури, імпровізації, розігрування казок або фантастичних ситуацій та ін. Друга фаза – розігрування рольової ситуації, або психодраматична дія. У ході цієї фази клієнт може досягнути катарсису і усвідомити свої дійсні відчуття, відносини, установки, проблеми і конфлікти. Полегшити ці процеси допомагає цілий ряд прийомів: дзеркало, двійники, інші Я, монолог, діалог, побудова майбутнього, проба реальності та ін. Третя фаза – фаза обговорення, або інтеграції, – є завершальною. По суті справи, ця фаза полягає у наданні протагоністу зворотного зв'язку двох видів – рольового та ідентифікаційного [6].

Психодрама є груповим методом, тому для результативності психотерапевтичної роботи необхідно враховувати ряд моментів, такі, як: час і частота сесій (“коли?”), просторове оточення (“де?”), характеристика клієнта (“для кого?”), характеристики терапевта (“ким?”), характеристики групи і допоміжних осіб (“з ким?”).

*Час і частота сесій.* Одна сесія може тривати від однієї до чотирьох годин, а середній (і оптимальний) час – дві з половиною години. З них близько півгодини триває фаза розігріву, півтори години – психодраматична дія, залишковий час – фаза шерінгу. Додаткові півгодини іноді потрібно для до – чи післясесійного процесу-аналізу або дискусії у групі. Якщо ж часу недостатньо, то багато розпочатих емоційних процесів можуть залишитися незавершеними. Довгі сесії без перерви, навпаки, стомлюють і розосереджують учасників групи.

*Просторове оточення.* Психодрама може бути організована у будь-якому місці, що забезпечує фізичні переміщення і приватну обстановку без зовнішнього втручання. Найчастіше психотерапевтична робота відбувається у кімнаті середнього розміру, з килимами, покриваючих усю підлогу, кількома матрацами, подушками, зручними кріслами і рухливим освітленням. Успіх психотерапевтичного втручання суттєво залежить від обстановки, у якій воно проводиться. Атмосфера, створена у цій обстановці впливає у свою чергу на емоційний стан групи.

*Характеристики клієнта.* Психодрама не спрямована на визначену групу людей. Учасники можуть бути будь-якої статі, вікової періодизації, рівня освіченості, етнічного або соціально-економічного статусу, релігійної приналежності. Психодрама може бути корисною для найрізноманітніших людей, особливо для тих, які є досить мотивованими для того, щоб брати участь у складному психологічному ритуалі (алкоголіки, наркомани, страждаючі на заїкання, діти з психічними травмами, сім'ї та люди у кризових станах, підлітки, аутичні діти, закоренілі злочинці, анорексиками, особи, які піддавалися сексуальному насильству, онкологічно хворі, психосоматичні захворювання). Проте деякі люди можуть просто не підходити або для самої психодрами, або для обстановки, у якій вона проводиться (люди, що страждають на гострий психоз, параною, депресію, суїцидальні наміри, манії, ушкодженнями мозку, соціопати).

*Характеристика психотерапевта.* Робота психотерапевта може варіювати у межах персональної дистанції, активності, гнучкості, стилю лідерства, саморозкриття, типу взаємовідносин з клієнтами. Особистісні характеристики, клінічний досвід і професійна активність психотерапевта впливають на його техніку і досягнення, на процес і результат психодрами.

*Характеристики групи і допоміжних осіб.* За Я. Морено, кожен учасник психодрами є потенційним терапевтичним агентом для інших. Група стає соціальним мікрокосмом, який створює умови для появи нових міжособистісних стосунків. Критерієм відбору у групу, який враховує потенційну групову згуртованість як головний чинник – є сила “Я”. Якщо учасники підходять за цим параметром, то вони зазвичай розвивають позитивну міжособистісну “хімію”, або “спільну мову”, яка істотно покращує результат психодрами. Оптимальним розміром групи є 10-15 учасників, так як у великій

групі знижується активність її учасників і виникають складнощі з досягненням групової згуртованості.

Фінал успішної психодраматичної постановки часто включає відповідну сцену, що остаточно завершує драму. Ця сцена надзвичайно важлива для сесії, оскільки робить дію закінченою, створюючи відчуття “опускання завіси” у протагоніста та всієї групи. Така сцена зазвичай називається сценою завершення і має особливе значення для концептуалізації терапевтичного процесу психодрами. Сцена завершення спрямована на: відновлення емоційної стабільності протагоніста; створення комфортного відчуття від розуміння того, що проблеми розділяють інші члени групи; оптимізм і надію на те, що проблеми можна вирішити; втілення у дії саморозуміння протагоніста; допомогу протагоністу у формулюванні планів на майбутнє. Інколи наприкінці психодраматичної сесії вводиться так званий “щасливий кінець”. Прихильники необхідності використання “щасливого кінця” стверджують, що він допомагає вселити у протагоніста почуття оптимізму і надії, даючи йому позитивне відчуття світла у кінці темного тунелю, коли він залишає сцену.

## 16.2. Генеза неврозу

Причиною невротичного розвитку особистості Я. Морено вважав порушення рольового розвитку, які можуть бути обумовлені такими причинами, як спадковість, внутрішня безпека, зовнішні умови (економічні, соціальні, особливості здоров'я, особистісні стосунки тощо). Усі ці фактори належать різним системам і рівням, вони не пов'язані в одну логічну схему і занадто довільно підібрані, щоб бути продуктивними для діагностичної і корекційної роботи, для вибору психотерапевтичних засобів [1, с. 137; 2, с. 271].

Я. Морено досить докладно розглянув лише вплив фактору міжособистісних стосунків на психічний розвиток особистості. На його думку, характер порушень можна зрозуміти за допомогою аналізу системи відносин людини зі світом. Саме особливості соціо-емоційної сфери визначають симптоматику психічного захворювання, якісні характеристики його протікання. З погляду структури міжособистісних стосунків у людини може виявитися неспівпадіння між реальним колом людей (соціальний атом) і бажаним

колом людей (закритий атом, який застиг, деформувався, є недорозвиненим) – соціодинамічний ефект [1, с. 138].

Завдяки ролі людина включається в міжособистісні відносини. Дитина народжується з потребою діяти, грати ролі. Цю властивість Я. Морено назвав акціональним голодом, який характерний для здорової особистості. Дії невротика блокуються страхом, він не здатний освоювати і приймати на себе ролі. Деформація соціальних зв'язків, зміна рольової поведінки, коли старі ролі атрофуються, а нові не засвоюються – все це є ознаками рольового конфлікту, що, у свою чергу, призводить до того, що рольова поведінка стає негнучкою, знаходиться у застої. Патологічний розвиток пов'язаний із порушеннями процесу засвоєння ролей, завмирання на одному рівні або регресом до нижчого рольового рівня. Варто відрізнити поняття регресії у Я. Морено від традиційного психоаналітичного трактування. Повернення на більш ранні ступені психологічного розвитку він пов'язує не із сексуальною сферою, а із рольовим розвитком. Регрес означає – повернення до іншої рольової категорії [1, с. 138].

Я. Морено виділяє чотири **категорії ролей**: соматичні, психологічні, соціальні і трансцендентальні. Вони відповідають різним реальностям, у яких живе і функціонує людина. Використання соматичних ролей пов'язане із підтримкою життєдіяльності організму, наприклад статеву роль. Соціальні ролі визначаються способом взаємодії людини із соціальною реальністю, її статусом. У психологічній ролі відображається спосіб переживання людиною дійсності. Вона визначає характер виконання соматичних і соціальних ролей. Відповідальний батько, який піклується про благополуччя родини – психологічна роль [1, с. 138; 2, с. 272].

Проте людське існування не вичерпується життям у соціальній реальності, хоча ця система і надає характеристики процесу соціалізації: спосіб засвоєння умінь та навичок, характеристики міжособистісних контактів, особливості включення у діяльність. Вона являє собою поверхневий шар особистості, який не відображає усіх особливостей процесу індивідуалізації. Людина, у її космічному вимірі, не існує лише у соціальній структурі, а її буття не визначається функціонуванням у соціальній і навіть психологічній ролі. Для фіксації цього феномену Я. Морено вводить поняття трансцендентальної ролі, у якій людина вступає у взаємодію із надіндивідуальним. Трансцендентальні ролі підкорюють собі інші ролі, поглинають їх, вони більші і значущі за інші рольові категорії.

Наприклад, у соматичній ролі людина здійснює статевий акт, у психологічній переживає закоханість, в соціальній ролі виступає нареченою, а у трансцендентальній ролі є люблячою [1, с. 139; 2, с. 271].

Через перенесені страждання може блокуватися роль люблячої, і людина регресуватиме на соматичний рівень, замінюючи любов сексом. Тоді у неї можуть з'явитися проблеми у сексуальній сфері. Вона може стати нерозбірливою, постійно змінювати статевих партнерів, але при цьому не отримувати насолоди. Інший шлях може призвести до психогенної імпотенції. Регресія до психологічної ролі спостерігається, наприклад, у першокласника, який не може засвоїти соціальну роль члена шкільного колективу, не набуває соціальних навичок. Він сприймає себе як слабку, неповноцінну людину і фантазує про те, що у ньому живе приручене левеня, яке захистить його від забіякуватих однокласників. Блокування дій на соціальному рівні породжує відчуття безсилля на психологічному. Зрушення відбувається, коли дія і реакція на дію проявляються на різних рівнях (у даному випадку – на соціальному і психологічному). При цьому соціальна роль програється несвідомо. Різні порушення Я. Морено описує як переходи від однієї рольової категорії до іншої. Перехід від психологічних до трансцендентальних ролей без засвоєння соціальних спостерігається при шизофренії. Невроз нав'язливих станів визначається Я. Морено як регресія з трансцендентального до соціального рівня [1, с. 139; 2, с. 271;].

Ще однією із причин виникнення порушень є рольовий конфлікт. Розрізняють інтра- та інтеррольовий, інтра- та інтерперсональний конфлікти. Інtrarольовий конфлікт обумовлений тим, що будь-яка роль складається з парціальних ролей, деякі з них можуть відкидатися або погано засвоюватися. Наприклад, у ролі керівника людина може не приймати парціальну роль, яка виконує санкціонуючу функцію [1, с. 273; 4, с. 139].

Інтеррольовий конфлікт розгортається у протиріччі двох або кількох ролей. Такий конфлікт може виникати у жінки між професійною роллю і роллю дружини [1, с. 139; 2, с. 273].

Інтраперсональний конфлікт бере своє коріння у минулому. Кожна нова маска, нова роль нашаровується на попередню, і вони визначають риси нової маски, формують і деформують нову роль. Наприклад, молодий люблячий чоловік не проявляє турботу і ніжність до дружини, тому що ця модель поведінки не засвоєна

ним у дитинстві. Він не бачив емоційності батька, тому що вона блокувалася матір'ю [1, с. 140; 2, с. 273].

Інтерперсональний конфлікт виникає між різними людьми, якщо вони знаходяться у дивергентних ролях, наприклад одна і та ж людина по відношенню до іншої може бути і другом і керівником: дії в ролі керівника часто не відповідають очікуванням від ролі друга. Тому одночасне існування у таких ролях потенційно несе конфлікт [1, с. 140; 2, с. 273].

Описуючи причини порушень Я. Морено використовує також поняття **рольової дистанції**. Якщо людина не дистанціюється від ролей, вона не може реалізувати свої власні потреби, а виконує вимоги ролі, очікування інших. Тому невроз може виникати і в результаті рольової дистанції, коли людина ідентифікує себе із соціальною роллю і не може трансцендентуватися. Серйозні порушення варто очікувати, коли це явище спостерігається у дивергентних (від лат. *divergium* – точка розподілу; розбіжних) ролях [1, с. 140; 2, с. 273].

Особливий випадок занадто великої рольової дистанції Я. Морено описав як **невроз креативності**. Він проявляється у тому, що людина при наявних можливостях грати ролі, акціональному голоді втрачає здатність до творчості, до спонтанних проявів. Її дії стереотипні і відображають сталі форми активності, засновані на твердій регламентації. Така поведінка допомагає людині уникати потенційно небезпечних ситуацій. Людина виявляється нездатною набувати новий досвід, діяти, у житті дотримується певного визначеного сценарію [1, с. 141; 2, с. 273].

### 16.3. Техніки психодрами

Психодраматичні техніки моделюють різні аспекти процесу оволодіння роллю. Психодрама заснована на тому, що соціальний атом (психотерапевтична група) бере на себе частину рольової поведінки, що не актуалізувалася у житті протагоніста. Клієнт може не усвідомлювати значну частину свого емоційного досвіду і не вибудовувати поведінку щодо задоволення життєво важливих потреб. Коли на ранніх стадіях розвитку дитина не усвідомлює своїх потреб, мати та інші люди з її найближчого оточення намагаються відчутти потреби дитини і будують поведінку таким чином, аби задовольнити її

потреби. Аналогом цього процесу у психодрамі є **техніка двійника**, яка передбачає вживання Допоміжного Я у почуття протагоніста, які він не усвідомлює. За допомогою такого способу психодраматична група “добудовує” особистісну історію клієнта і доповнює зв’язки в його соціальному атомі [1, с. 154].

Ще однією технікою психодрами є **техніка уявлення себе**. Ця техніка, як правило, використовується на початку і дозволяє клієнту в коротких сценах уявити себе або значимих осіб. Вона може виконуватися також у вигляді монологу або інтерв’ю. Уявлення у цій техніці надає інформацію про реальну поведінку, а не фантазії з приводу самого себе. При цьому клієнт вільний у виборі наданої інформації, що відразу надає йому відчуття безпеки. Входження в психодраму через цю техніку підсилює ефект розігріву, дає можливість зосередитися на проблемі [1, с. 155; 2, с. 284; 5].

**Техніка виконання ролі** передбачає прийняття і перебування у ролі. Як правило, її виконує Допоміжне Я, допомагаючи протагоністу у постановці сцени з його життя. Грати її може і протагоніст, якщо він засвоює нову роль [1, с. 155; 2, с. 284].

**Діалог** – програвання відносин між людьми. На відміну від виконання ролі усі учасники грають себе. Ця техніка часто використовується у сімейній терапії. За допомогою цієї техніки відбувається керування груповою динамікою. Небезпека її використання полягає у можливості закріплення неадекватних відносин [1, с. 155; 2, с. 285; 8, с. 157].

В **техніці монологу** протагоніст залишає місце дії і в процесі ходьби (щоб не втрачати динаміку дії, не загрузнути у вербалізаціях) висловлює свої думки, почуття, коментує дії. Монолог схожий на вільні асоціації, але більш контекстуально і ситуативно обумовлений. Ця техніка дає можливість доповнити зміст гри. Вона використовується, коли ведучий передбачає, що у протагоніста є почуття, які не виявляються на сцені, і в той же час він готовий до більшого саморозкриття. Ця техніка використовується і перед сценою для вживання у роль. Недоречно застосування цієї техніки може порушити, розірвати дію [1, с. 153; 2, с. 285; 5; 6].

У **техніці двійника** Допоміжному Я пропонується зіграти протагоніста. Як правило, “двійник” розташовується позаду і трохи осторонь. Він намагається спочатку ніби стати тінню протагоніста і через рухи, через манеру говорити вживається в його стан. Отримуючи зворотній зв’язок від прототипу і керуючись ним, Допоміжне Я

коректує свою поведінку. Потім “двійник” поглиблює своє розуміння і виражає зміст, який не висловлюється протагоністом. Той може прийняти запропоновану версію, проігнорувати її, не погодитися, зберігаючи спокій або ж виражаючи бурхливі емоційні реакції. Тоді група підключається для обговорення поведінки “двійника” [1, с. 155; 2, с. 285; 7; 8, с. 158].

Виконання цієї ролі вимагає великого уміння вживання в стан іншої людини. Допоміжне Я є ніби продовженням протагоніста, допомагає йому виразити та усвідомити свої почуття. Переживання протагоніста несвідомо асоціюються з раннім досвідом, коли близькі допомагали дитині зрозуміти і задовольнити його потреби. Додатковий ефект використання цієї техніки полягає у тому, що людина актуально переживає підтримку і розуміння іншої людини [1, с. 156].

Способи застосування техніки варіюють від варіанту, коли виконавець цієї ролі цілком повторює поведінку протагоніста, до варіанту, коли він розвиває власне розуміння на основі даних протагоністом “ключів”, ніби інтерпретує їх. Але ця інтерпретація базується не на міркуванні, а на емпатії і виражається мовою дії. Так, в одній сцені протагоніст виражав вербальну агресію стосовно батька, але невербально демонстрував страх. “Двійник” зайняв позу ембріона. Це дозволило протагоністу усвідомити, що він боїться батька і відчуває себе беззахисним під час відсутності матері. “Двійник” допомагає знайти ключі для нових сцен, якщо їх важко отримати від самого протагоніста. Ця техніка використовується, коли необхідно допомогти в уточненні конфліктних переживань, особливо якщо партнери протагоніста не дають йому можливості для повного саморозкриття. Якщо протагоніст заплутався у безлічі суперечливих почуттів, бажань, проблем, психотерапевт вводить множинне дублювання [1, с. 156].

**Техніка репліка вбік/в сторону** також дає можливість прояснити невиявлені переживання. Вона вводиться у процесі застосування техніки виконання ролі або діалогу. Процедура виглядає таким чином: протагоніст відвертається від Допоміжного Я і вимовляє те, що він хотів би сказати своєму партнеру, але не може. Вона використовується тоді, коли спілкування будується без розуміння, і протагоніст не отримує можливості висловити свої думки і почуття [2, с. 156; 2, с. 286].



**Техніка обміну ролями** передбачає, що протагоніст і Допоміжне Я міняються ролями. Вхідження в техніку вимагає максимального вживання в роль іншого. Як і в техніці двійника, партнери прагнуть домогтися відповідності у позі, рухах, у всьому малюнку поведінки. Ефективність цієї техніки базується на механізмі децентрації. Специфічні особливості організації травматичного досвіду можна охарактеризувати як егоцентричну позицію: хворобливі переживання не дозволяють побачити ситуацію в іншому світлі. Завдяки обмінові ролями протагоніст може не децентруватися [1, с. 157; 2, с. 286; 5; 6; 8, с. 159].

Окрім можливості побачити іншого у собі, протагоніст отримує можливість побачити себе в іншому. Людина пізнає соціальний світ, діючи у різних ролях. Розуміння інших людей ґрунтується на емпатійній здатності, умінні “приміряти” на себе чужу роль: дитина у грі, дорослий в уяві намагається зрозуміти іншого, діючи від його імені і переживаючи його емоції. Протагоніст стає у позицію свого партнера і, за допомогою такого способу, краще розуміє його. Ця техніка застосовується, якщо протагоніст не згідний із версією виконання ролі Допоміжним Я. Також вона успішно використовується в сімейній психотерапії для налагодження комунікації. У будь-якій групі вона дає можливість вирішити конфлікт. Але коли партнер викликає занадто сильні негативні емоції, обмін ролями може виявитися не лише марним, але і нанести шкоду [1, с. 157; 2, с. 286].

Оскільки Допоміжне Я стає об’єктом проєкцій, то при обміні ролями протагоніст отримує доступ до частини власної особистості, що відкидається ним, виражає витіснені потреби, бажання, мотиви. Часто ця техніка використовується для того, щоб з іншої ролі він отримав необхідні йому поведінкові зразки або якості. Таким чином, застосування техніки обміну ролями дозволяє пережити новий емоційний досвід і розширити поведінковий репертуар. З її допомогою можна керувати емоційною напругою дійства, яке розігрується. Допоміжне Я часто переживає проблеми, у програванні яких йому пропонується брати участь, зміна ролі може бути корисною йому для виявлення нових аспектів переживань і для кращого розуміння його близьких [1, с. 157; 2, с. 286;].

У техніці “Дзеркало” Допоміжне Я повинно як можна точніше зімітувати поведінку протагоніста на сцені, у той час як протагоніст залишає місце дії і спостерігає за грою. У цій техніці штучно створюється проєкція для того, щоб клієнт знайшов ті аспекти

поведінки (а через них – і бажання, почуття), що раніше відкидав. Перевага роботи з проекцією в психодрамі полягає в тому, що вона присутня на діючому рівні. При використанні техніки дзеркало варто враховувати можливість прийняття протагоністом нового досвіду, інакше проекція так і залишиться поза межами свідомості і буде приписана способу сприйняття і поведінки Допоміжного Я. Це конфронтаційна техніка з могутнім ефектом, тому вона може фруструвати і блокувати спонтанність дії у чуттєвих клієнтів з вираженими самозвинувачувальними тенденціями [1, с. 158; 2, с. 286; 5; 8, с. 163].

Коли протагоніст діє, його дії багато в чому несвідомі. Він може сильно захищатися, і тоді будуть його “видавати” лише окремі прояви, часто невербальні, які контрастують з іншими засобами спілкування. Протагоніст їх не зауважує, усвідомлюючи лише одну частину своїх думок, почуттів. Тоді Допоміжне Я може не просто відобразити, але й гіперболізувати окремі елементи. Наприклад, у сцені діалогу з матір’ю протагоніст не виражав своїх почуттів і відповідав на її репліки лише тим, що погоджувався частіше їздити і допомагати їй. Це, однак, не вирішило його особисті проблеми і лише затушовувало давній інтерперсональний конфлікт. Його репліки стали подовжуватися, він багато пояснював, часто вживаючи слово “повинен”. Допоміжне Я ще частіше, виділяючи інтонацією, проговорювало це слово. У процесі спостереження протагоніст помітив, що у цій поведінці не виражаються його щирі бажання [1, с. 158; 2, с. 286].

**Техніка “Проекція на майбутнє”** дозволяє уявити можливий варіант розвитку подій, розіграти сцену з майбутнього. Учасник психодрами сказав, що він не може вирішити, одружуватися йому або не одружуватися. Останнім часом йому пригадуються сцени з колишнього сімейного життя, обличчя колишньої дружини, хоча він зовсім не жалкує про розлучення. Зігравши сцену зустрічі з колишньою дружиною в майбутньому, він зміг виразити образу і зрозумів, що розвитку його відносин з улюбленою жінкою заважає страх бути покинутим, недовіра до її почуттів. Інші варіанти застосування цієї техніки дозволяють апробувати нові поведінкові стратегії, закріпити ті способи дії, які були засвоєні у психодрамі [1, с. 158; 2, с. 287].

**Моделювання** передбачає демонстрацію Допоміжним Я альтернативних способів дії для того, щоб протагоніст знайшов

прийнятний для себе зразок. Ця техніка відповідає аналогічній техніці біхевіористичної психотерапії і заснована на навчанні протагоніста новим поведінковим стратегіям, розвитку його спонтанності і варіативності проявів [1, с. 159; 2, с. 287].

**Техніка “За спиною”** полягає у тому, що клієнт сідає на сцені на стілець спиною до глядачів, а режисер закликає глядачів до обговорення клієнта, даючи тим самим йому можливість зрозуміти, як бачать його інші [5].

**Техніка “Ідеальний інший”** допомагає знизити напруження клієнта в кінці психодраматичної дії, а також дає йому можливість відчувати ставлення до себе, якого він так жадає, але яке не можливе в реальному житті. “Інший”, який зображується у психодрамі, може бути одним із подружжя, батьків, друзів, тоді як “ідеальний інший” – це той самий, який зображується Допоміжним Я, який у психодрамі стає тим ідеальним образом людини, тобто таким, яким його хотів би бачити клієнт у реальному житті. Ця техніка надає дуже цінний емоційний досвід клієнту [5].

**Чарівний магазин.** Однією з найбільше вживаних у психодрамі розминок є гра під назвою “Чарівний магазин”. Ця техніка допомагає клієнту усвідомити свої дійсні цілі і бажання в житті: клієнт взаємодіє з власником “чарівного магазину”, якого часто зображає Допоміжне Я або режисер.

Режисер просить учасників уявити собі, що на сцені відкритий магазин, де продаються різні чудові речі: любов, мужність, мудрість, талант і т.д. Власник магазину пропонує клієнту все що є, все, що він лише може побажати: багатство, успіх, щастя, інтелект генія. Добровольців просять вийти вперед і спробувати виміняти будь-який товар. Наприклад, хтось повинен попросити повагу. Режисер, що грає роль господаря магазину, уточнює: “Скільки потрібно поваги?”, “Від кого?”, “У зв’язку з чим?” і т.д. У той же час, власник магазину вимагає в якості сплати від клієнта щось з того, що для нього дуже дороге та цінне, наприклад здоров’я, любов, честь, незалежність. Це ставить клієнта перед дилемою і зазвичай змушує його негайно звернутися всередину самого себе, щоб усвідомити, що він насправді цінує і чого хоче від життя. Результатом взаємодії клієнта і продавця є або здійснення операції, або відмова від неї, або, що трапляється дуже часто, нездатність покупця прийняти якесь рішення. Але яким би не було остаточне рішення клієнта, важливим є те, що він, в кінцевому результаті, неодмінно дізнається щось нове про самого

себе. Використання цієї техніки призводить до того, що добровільні покупці починають краще розуміти мету своєї покупки і усвідомлювати наслідки своїх дій [5; 8, с. 154].

Вибір технік і прийомів визначається складом групи і готовністю її членів до спонтанних дій, спрямованих на досягнення загально групової мети. Психодраматичні техніки допомагають людині краще зрозуміти себе, реалізувати себе.

Основними жанрами та напрямками психодрами є: монограма (використання психодрами в індивідуальному консультуванні, замість інших людей використовуються порожні стільці або символічні предмети), соціодрама (робота із темами, загальними для груп), аксіодрама (вид соціодрами, заснований на роботі із особистісними цінностями), драматерапія (психодраматичне розігрування літературних сюжетів), бібліодрама (психодраматичне розігрування біблійних сюжетів), play-back-театр (синтез театру і психодрами, театр імпровізацій), психодрама в освіті (синтез психодрами та педагогіки, використання імпровізаційних рольових ігор у навчальному процесі).

#### **16.4. Результат психотерапевтичного впливу**

Психодрама спрямована на розширення рольового репертуару клієнтів, дослідження їх індивідуальних особливостей і знаходження, розв'язання специфічних особистісних проблем. Фіналом психодраматичного методу є той момент, коли його учасники змінюють звичні дезадаптивні і дисфункційні поведінкові стереотипи, звільняються від тривоги, активізують свій особистісний потенціал і досягають іншого життєвого статусу. Зміни клієнта відбуваються на різних рівнях: установки, переконання – когнітивний рівень; особистісні проблеми – глибинні та генетично найбільш ранні пласти, на яких представлені думки, почуття, переживання, дії тощо [1, с. 143].

Спонтанність і творчість є основними характеристиками завершального етапу терапевтичного процесу. Я. Морено акцентував увагу на психотерапевтичному значенні тієї внутрішньої свободи, яку демонстрували діти під час гри у віденських парках, і вважав основним не підпадати під вплив поведінкових стереотипів, а бути здатним повністю пересилитися у світ своїх фантазій. Та людина є

психологічно здоровою яка спроможна позбутися ригідності у соціально-рольовій поведінці.

Кінцевим результатом психодраматичного процесу є інсайт (від англ. insight – є сила “Я”), тобто змінна в сприйнятті, ставленні до власних проблем, до людей, до оточуючого світу загалом. Інсайт – це вид пізнання, котрий призводить до раптового, безпосереднього вирішення або нового розуміння наявних проблем. У ході сесій психодрами поглиблюється саморозуміння не лише за допомогою інсайту, але й за допомогою систематичного дослідження власних смислів і стосунків [2, с. 276].

Про припинення психотерапії можна говорити тоді, коли будуть виконані наступні завдання:

1. Творче переосмислення власних проблем і конфліктів.
2. Вироблення глибшого і адекватного саморозуміння клієнта.
3. Подолання неконструктивних поведінкових стереотипів і способів емоційного реагування.
4. Формування нової адекватної поведінки і нових способів емоційного реагування.
5. Вироблення нових способів реагування, розширення рольового репертуару.

Ефект навчіння складається із двох складових: клієнт апробує себе у нових ролях і розширює рольовий репертуар, у результаті чого досягає кращого саморозуміння і розуміння інших; клієнт навчається спонтанності [2, с. 276].

Отже, внаслідок психотерапевтичного впливу клієнт включається у новий соціальний атом, який впливає на систему соціальної взаємодії із оточуючим середовищем. У нього виникають нові міжособистісні зв'язки та норми спілкування, які Я. Морено описував за допомогою метафори “теле”. Такі стосунки допомагають людині встановити зв'язок зі світом, реалізувати людську сутність, самотрансцендентуватися, проникнути у переживання інших людей. Клієнт психодрами набуває істинну людську дистанцію для бачення і оцінки своїх проблем.

## **Висновки**

Психодрама, як психотерапевтичний напрямок, діагностує і коректує неадекватні стани та емоційні реакції, допомагає

відпрацьовувати соціальну перцепцію, поглиблювати самопізнання індивіда. З її допомогою розкриваються глибинні емоції в набагато яскравішій та дієвішій формі, ніж це дозволяють зробити інші методи, що засновані на словесному описі переживань. Під час психодрами відбувається пошук ефективних шляхів вирішення психологічних проблем різних рівнів: від буденного, побутового до екзистенційного.

Психодрама покликана допомагати клієнтам, у яких є труднощі у вербалізації своїх почуттів і свого життєвого досвіду в цілому. У психодраматичній ситуації клієнт одночасно і головний герой своєї драми, і її творець, дослідник себе і свого життя. Розвиток людини Я. Морено вбачав у розширенні саморозуміння, усвідомленні свого зв'язку з Космосом. Коли людина самотрансцендентується, вона переживає себе як частину всеосяжної Самості в екзистенційних зв'язках з іншими людьми [1, с. 159; 2, с. 287].

В орієнтації на розвиток людської Самості, її трансцендентної сутності психодрама наближається до аналітичної психології. Для Я. Морено розвиток людської Самості пролягає шляхом проходження рольових рівнів: соматичного, психологічного, соціального, трансцендентного. Освоєння соціальних ролей, розширення зв'язків людини з іншими людьми безпосередньо передус рівню трансцендентної ролі [1, с. 159].

Психодрама багато в чому знаходиться в опозиції до психоаналізу. Якщо З. Фрейд досліджував розвиток особистості, виходячи з аналізу патології, то теоретичні основи за Я. Морено ґрунтуються на баченні людини в її космічному вимірі і виділенні факторів, що деформують психічний розвиток. З. Фрейд прагнув захистити Его від впливу суспільства, Я. Морено вважав за необхідність розвивати соціальні зв'язки особистості. При цьому обидва напрямки подібним чином розуміли механізм психотерапії як досягнення катарсису та інсайту через повторне переживання та усвідомлення минулого. Однак у психодрамі травматичний досвід розглядається як існуючий в сьогоденні, і особистісна історія не стільки відтворюється, скільки переграється [1, с. 160].

У психодрамі представлені усі точки тимчасовий транспективи: минуле, сьогодення, майбутнє. Вона переборює антагонізм, характерний для психоаналізу і біхевіоральної психотерапії, оскільки усвідомлення і зміна поведінки в ній є одночасно присутніми. Психодраматична дія дає можливість закріпити результат інсайту і

розширити поведінковий репертуар. У психодрамі легше впоратися із труднощами, що стає каменем спотикання для багатьох напрямків: активність психотерапевта перетворюється в директивність, що призводить до пасивності клієнта, росту його опору. У психодрамі терапевт є лише каталізатором сценічної дії, але вона охоплює всіх учасників. За допомогою такого способу зберігається керованість за мінімального втручання ведучих.

Групова робота стала найбільш розповсюдженою інновацією Я. Морено. Зацікавленість клієнта досягається також за рахунок того, що в роботі задіяні різні модальності: слово, образ, рух. У психодрамі, як і в більшості інших сучасних підходах, широко використовуються невербальні техніки. Велике значення приділяється катарсичному ефекту, який виникає при відреагуванні внутрішніх конфліктів, які проявляються у ході психодраматичної дії [1, с. 160; 2, с. 288].

Метод психодрами використовується у роботі з асоціальною поведінкою дітей і підлітків, для усунення неадекватних емоційних реакцій і відпрацювання навиків соціальної перцепції. Найкращі успіхи психодрами можливі при її комплексному використанні з іншими методами групової роботи (зокрема, з груповою дискусією, психогімнастикою), оскільки вона перешкоджає зайвій раціоналізації та інтелектуалізації, допомагає клієнту виразити важковербалізовані емоції і сприяє досягненню усвідомлення.

Психодрама як складова частина групової роботи широко застосовується при коректуючій роботі з емоційними розладами, деякими психосоматичними захворюваннями, в роботі з дітьми і підлітками, а також в сімейній психокорекції. Елементи психодрами широко використовуються в інших напрямках психотерапії: у гештальт-терапії, в поведінковій терапії, в соціально-психологічному тренінгу, ділових іграх і т.д.

Отже, психодрама є одним із самих продуктивних напрямків. Величезна кількість процедур, які виникли у цьому напрямку, не піддаються опису. Творчість психотерапевтів, які працюють в цьому напрямку, зайвий раз доводить, що психодрама досягає своєї головної мети – розвитку креативності людини [2, с. 289].

### **Питання для самоконтролю**

1. Назвіть основних учасників психодрами.

2. Яка генеза неврозу у психодрамі?
3. Наведіть приклади інтеррольового та інтрарольового, інтеперсонального та інтраперсонального конфліктів у психодрамі.
4. Опишіть фази психодраматичної дії.
5. Назвіть основні техніки психодрами.
6. Запропонуйте техніку для розігріву на початку роботи групи.
7. Розкрийте переваги та обмеження “техніки дзеркало” у психодрамі.

### Література

1. Бурлачук Л. Ф. Основы психотерапии : учеб. пособие [для студ. вузов, которые обучаются по спец. “Психология”, “Соц. педагогика”] / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – К. : Ника–Центр; М. : Алетейа, 1999. – 320 с.
2. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стер.]. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с. – (Учебник для вузов).
3. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама / Киппер Д. – М. : Академия, 1993. – 222 с.
4. Лийте Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама / Морено Я. Л. – М. : Академия, 1994. – 352 с.
5. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учебное пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
7. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
8. Рудестам К. Групповая психотерапия / Рудестам К. – [2-е изд.]. – СПб. : Питер, 2006. – 384 с. – (Золотой фонд психотерапии).
9. Moreno J. L. The words of the father / Moreno J. L., Klavun W. – USA : Distributed by Copy Central, 2006.
10. Moreno J. L. Who shall survive? Anew Approach to the problem of human interrelations / Moreno J. L. – Washington, 1953 – 440 p.





**Ханскарл Льюнер**  
**Hanscarl Leuner**

**(1919-1996)**

Х. Льюнер – професор, доктор медицини, основоположник символдрами або ж кататимно-імагінативної психотерапії. Керівник Міжнародного товариства кататимного переживання образів та імагінативних методів у психології і психотерапії (МТКПО), а також Європейського медичного товариства психоаналітичної терапії. Довгі роки був керівником відділення психотерапії і психосоматики у психіатричній клініці Гьоттингенського університету

в Німеччині.

Головний підсумком його життя і творчості є створення і розвиток методу аналітично орієнтованої психотерапії – кататимного переживання образів (“символдрами”). Цей метод відзначається унікальністю за своєю ефективністю, чіткістю викладу, глибокою науковою обґрунтованістю, системним опрацюванням, і, одночасно, простотою засвоєння. Він є одним із найгуманніших і найкрасивіших методів у психотерапії, який успішно використовується у багатьох країнах світу, який є системно пропрацьованим і технічно організованим методом, із фундаментальною теоретичною базою.

## РОЗДІЛ 17. СИМВОЛДРАМА

### 17.1. Суть символдрами

**Символдрама** (відома також як кататимно-імагінативна психотерапія, чи кататимне переживання образів (КПО) або метод “сновидінь наяву”) – це метод глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії, який виявився клінічно високоефективним при короткотривалому лікуванні неврозів і психосоматичних захворюваннях, а також при психотерапії порушень, пов’язаних з невротичним розвитком особистості. Метафорично кататимно-імагінативну психотерапію можна охарактеризувати як психоаналіз за допомогою образів [4, с. 7].

Термін “кататимний” походить від грецьких слів “ката” – відповідний, залежний і “тімос” – одне з позначень душі (у даному випадку мається на увазі емоційність). У німецькомовну психіатричну літературу поняття “кататимний” ввів Н. W. Maier у 1912 р. для позначення залежності від емоцій та афектів. Поняття “імагінативний” походить від латинського слова “імаго” – образ [4, с. 74; 7, с. 7].

Метод символдрами розроблений відомим німецьким психотерапевтом професором, доктором медицини Х. Льюнером. Основу методу складає вільне фантазування у формі образів, картин на задану психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт виконує при цьому контролюючу, супроводжуючу та спрямовуючу функцію. Концептуальною основою методу є глибинно-психологічні психоаналітично орієнтовані теорії, аналіз несвідомих і передсвідомих конфліктів, афективно-інстинктивних імпульсів, процесів і механізмів захисту, як віддзеркалення актуальних емоційно-особистісних проблем, аналіз онтогенетичних форм конфліктів раннього дитинства [4, с. 8].

Серед відомих на сьогодні напрямків психотерапії, які використовують образи в лікувальному процесі, символдрама є найбільш глибинним і системно пропрацьованим і технічно організованим методом, що має фундаментальну теоретичну базу. В основі методу лежать концепції класичного психоаналізу, а також його сучасного розвитку (теорія об’єктних стосунків М. Кляйн, его-психологія А. Фрейд, психологія Я. Х. Хартманна, психодрама

Я. Морено і Г. Лейтц, елементи гештальт-терапії за Ф. Перлсом). У технічному плані символдрамі близькі елементи ведення психотерапевтичної бесіди за К. Роджерсом і деякі стратегії поведінкової терапії, наприклад, за Й. Вольпе [4, с. 8].

Проте, символдрама – це не комбінація суміжних психотерапевтичних методів, а самостійний, оригінальний напрям психотерапії. У символдрамі успішно поєдналися переваги великого спектру психотерапевтичних технік психотерапії: класичного і юнгіанського аналізу, поведінкової психотерапії, гуманістичної психології, аутотренінгу [4, с. 9].

Процес символдрами відбувається наступним чином. Клієнта, лежачого із закритими очима на кушетці, або сидячого у зручному кріслі, вводять в стан розслаблення. У роботі з дорослими клієнтами і підлітками для цього використовується техніка, близька до двох перших ступенів аутогенного тренінгу за Й. Х. Шульцом. Як правило, буває достатньо кількох простих навіювань стану спокою, розслаблення, тепла, важкості і приємної втоми, що послідовно виникає у різних ділянках тіла. У роботі із дитиною достатньо, аби вона лягла або сіла, закрила очі і розслабилася [1, с. 8; 4, с. 9].

Попередньою умовою проведення психотерапії є встановлення у ході однієї або кількох попередніх бесід довірливих стосунків між клієнтом і терапевтом, а також збір даних (анамнез) про клієнта. Після досягнення клієнтом стану розслаблення (що можна проконтролювати, звертаючи увагу на характер дихальних рухів, тремтіння повік, положення рук та ніг) йому пропонується уявити образи на задану психотерапевтом тему у відкритій формі – стандартний мотив [4, с. 9].

Уявляючи образи, клієнт розповідає про свої переживання психотерапевту. Психотерапевт ніби супроводжує клієнта в його образах і, якщо необхідно, спрямовує їх відповідно до стратегії лікування.

Участь психотерапевта виражається у тому, що через певні проміжки, часу за допомогою коментарів типу “так”, “угу”, вигуків типу “ось так!”, повторення описів клієнта, а також за допомогою питань про деталі і властивості образу, він сигналізує про те, що уважно стежить за ходом розвитку образів клієнта [4, с. 12].

Щоб забезпечити якнайповніше і глибше саморозкриття клієнта, необхідно звести до мінімуму сугестивну дію психотерапевта. Зокрема, питання психотерапевта мають бути

відкритими, оскільки вже у самому питанні можуть бути деякі елементи навіювання. Наприклад, замість того, щоб запитати: “Дерево велике?” – або – чи “Далеко це дерево?”, – що вже передбачає певне очікування відповіді, слід питати: “Якого розміру дерево?” або “На якій відстані знаходиться це дерево?” [4, с. 12].

Тривалість уявлення образів залежить від віку клієнта і характеру мотиву, який представляється. Для підлітків і дорослих клієнтів вона складає у середньому близько 20 хвилин, але не повинна перевищувати 35-40 хвилин. Для дітей тривалість уявлення образів коливається залежно від віку дитини від 5 до 20 хвилин [4, с. 12].

Курс психотерапії складається, як правило, з 8-15 сеансів, в особливо складних випадках досягає 30-50 сеансів. Проте істотні поліпшення наступають вже після кількох перших сеансів, іноді навіть один – єдиний сеанс може позбавити клієнта від хворобливого симптому або допомогти вирішити проблемну ситуацію [4, с. 13].

Частота сеансів складає від 1 до 3 зустрічей на тиждень. Оскільки метод символдрами має глибоку емоційну дію і вимагає тривалого часу, щоб пережити в ході сеансу складний процес внутрішнього психологічного опрацювання, проводити сеанси символдрами щодня і, тим більше, кілька разів на день не рекомендується. Також не рекомендується проводити сеанси менше, ніж раз на тиждень [4, с. 13].

Символдрама проводиться в індивідуальній, груповій формі і у формі психотерапії пар, коли образи одночасно уявляють або подружжя/партнери, або дитина з одним із батьків. Символдрама може бути також складовою частиною сімейної психотерапії [4, с. 13].

Символдрама добре поєднується із класичним психоаналізом, психодрамою, гештальт-терапією, ігровою психотерапією. Характерною особливістю символдрами є те, що вона пропонує клієнту певну тему для кристалізації його образної фантазії – так званого мотиву уявлення образу. Цим символдрама відрізняється, наприклад, від методу активної уяви К. Г. Юнга, в якому передбачається спонтанний розвиток образу, і від техніки класичного психоаналізу, де аналітик принципово не повинен нічого “давати” клієнту [4, с. 13].

З психологічної точки зору, символдрама – це проєктивний метод. Проте, на відміну від усіх відомих проєктивних методів, для

символдрами характерна незалежність від якої б то не було заданої матеріальної структури. Завдяки цьому в уявних образах безпосередньо відбиваються глибинні психічні процеси, проблеми і конфлікти, це дозволяє називати кататимні образи “мобільною проекцією”. При цьому, уявні образи характеризують типові ознаки роботи сновидіння і первинного процесу за З. Фрейдом, перш за все, зміщення і згущування [4, с. 14].

Мотиви, що використовуються у символдрамі, були вироблені у ході довгої експериментальної роботи. З безлічі можливих мотивів, що найчастіше спонтанно виникали у клієнтів, були відібрані такі, які, з діагностичної точки зору, найбільш релевантно відображали внутрішній психодинамічний стан і, в той же час, володіли найбільш сильним психотерапевтичним ефектом. Як основні мотиви символдрами для дітей і підлітків Х. Льюїнер пропонує наступні [4, с. 14; 7, с. 69]: – луг, як початковий образ кожного психотерапевтичного сеансу; вихід на гору, щоб побачити з її вершини панораму ландшафту; проходження вздовж струмка вгору або вниз за течією; обстеження будинку; зустріч із значимою особою (мати, батько, брати і сестри, кумир, вчитель і т. д.) у реальному або символічному образі (в образі тварини, дерева і т. д.); спостереження за галявиною лісу і очікування істоти, яка вийде із темряви лісу; човен, що з'являється на березі ставка або озера, на якому дитина збирається пливти; печера, на яку дивляться з боку в очікуванні, що з неї вийде символічна істота, і в яку, за бажанням дитини, можна також увійти, щоб в ній побути або щоб дослідити її глибини.

Разом із перерахованими мотивами останніми роками широко використовуються також три наступні додаткові мотиви [4, с. 15]: спостереження і встановлення контакту із сім'єю тварин – з метою отримати уявлення про проблеми в сім'ї дитини, а також провести їх корекцію; отримання у володіння частини землі, щоб що-небудь на ній обробити або побудувати; уявлення себе приблизно на 10 років старшим.

Для підлітків можна запропонувати також мотив “власна машина” або “мотоцикл”. Крім того, в плані психодіагностики особливо ефективними виявилися наступні мотиви: дерево; три дерева; квітка [4, с. 15].

У певних випадках використовуються специфічні мотиви символдрами [4, с. 15]: уявлення реальної ситуації в школі або вдома; спогади з минулого досвіду; уявлення останньої сцени з нічного

сновидіння і продовження його розвитку в сновидінні наяву під контролем психотерапевта; інтроспектива внутрішнього тіла (подорож у середину свого тіла); уявлення певних предметів, які мають особливе емоційне значення, наприклад, іграшки, улюблена лялька, м'які іграшки.

У цілому ж у процесі символдрами усі мотиви можна віднести до трьох сходинок, а саме до основної, середньої і найвищої.

На основній сходинці символдрами використовуються “бережливі” мотиви (луг, струмок, гора, будинок, галявина лісу). Ці мотиви ніби проективно розміщені на поверхні образної свідомості [7, с. 69].

На середній сходинці кататимним образам надається можливість вільного розгортання (складова великої міри свободи). Психотерапевт пропонує клієнту відштовхнутися від будь-якого стандартного мотиву і поринути у вільно асоційовані форми, образні уявні сцени. Проте, це найкраще вдається здійснити клієнтами із достатньою продуктивною фантазією. На середній сходинці використовуються мотиви: уявлення значимої особи, для дослідження установки на сексуальність, для дослідження установки на агресивні імпульси, для визначення ідеального Я [7, с. 229–234].

Використання мотивів найвищої сходинки (печера, вікно в болоті, вулкан, фоліант) вимагає від клієнта неабиякої підготовки та плідної роботи на попередніх двох сходинках [7, с. 234–235].

Усі мотиви мають, як правило, широкий діапазон діагностичного і терапевтичного застосування. У той же час існує певна відповідність між кожним конкретним мотивом і деякою проблематикою. Можна говорити про належність конкретних мотивів до певної проблематики і стадії дитячого розвитку, а також про особливу ефективність деяких мотивів у разі певних захворювань і патологічних симптомів [4, с. 18; 7, с. 16-17]:

- актуальні конфлікти (актуальний настрій);
- агресивно-експансивна тематика (анально-агресивна, орально-агресивна, експансивне розкриття та розвиток);
- едіпальна тематика (тематика досягнення і конкуренції);
- оцінка власної особистості (у плані готовності до спілкування і соціальних контактів, загального фону настрою, розкриття генетичного матеріалу; у плані витіснених інстинктивних і поведінкових тенденцій; оцінка здібності віддатися будь-чому);
- проблема ідентичності та ідеалу Я;

- взаємини зі значимою людиною із минулого (інтроєкт) чи теперішнього;
- сексуальна та едіпальна тематика;
- уявлення лібідонозного заповнення органів тіла при психогенних та психосоматичних захворюваннях.

## 17.2. Генеза неврозу

Симводрама, це метод глибинно психологічно-орієнтованої психотерапії, який виявився клінічно вискоефективним при короткотерміновому лікуванні неврозів і психосоматичних захворювань, а також при психотерапії порушень, пов'язаної із невротичним розвитком особистості [7, с. 227].

Для пояснення генези неврозу представники символдрами звертаються до одного із напрямків сучасного психоаналізу – концепції нарцисизму Х. Когута і його “психології self”. Відповідно до цього на найбільш ранній стадії свого розвитку дитина знаходиться в стані симбіотичної єдності “пра-Ми”. Це той стан де закладається довіра до світу. Саме на цьому етапі потреба у визнанні і задоволення цієї потреби є гарантом нормального розвитку структури “self”. При сильній фрустрації потреби у визнанні, на цій найбільш ранній симбіотичній фазі розвитку, внаслідок недостатнього виконання батьками (перш за все мамою) функції Я-об’єктів (відображення проявів дитини, забезпечення безпеки) дитина піддається різним порушенням в розвитку. Порушується базова довіра до світу, викривляється самосвідомість. При несприятливих умовах розвитку у дитини формуються відповідні захисні механізми і протистояння. Дитина не переходить на наступну стадію розвитку, не сприймає зовнішній світ і об’єкти як такі, що існують реально і незалежно від неї, залишається у полоні своїх ілюзорних уявлень про те, що зовнішній світ є продовженням її самої [7, с. 281-283].

Фрустрація на самих ранніх етапах розвитку призводить до регресії і фіксації на нарцистичній позиції з характерним ілюзорним задоволенням бажань, порушенням критичного ставлення до реальності, почуттям омніпотенції (всесилля, всемогутність), які проявляються у магічному контролі і керівництві. Людина, яка пережила фрустрацію базових потреб на початкових етапах свого життя в подальшому починає вірити в чудо і все надприродне.

Найбільш важкі форми порушення розмежування об'єктивного і суб'єктивного світу спостерігаються при психозах. При наявності психозу людина не сприймає зовнішній об'єкт як незалежно від неї існуючий. При легших формах сприйняття (пограничні неврози) у людини відсутній плавний перехід між поганим і хорошим. Всі явища сприймаються нею як тільки погані чи тільки хороші [7, с. 285].

У ході психотерапії за методом символдрами нарцистичні установки у клієнтів можуть проявлятися у наступних дев'яти основних формах.

1. Уявляючи образи, клієнт переживає щастя єднання із природою. Наприклад, клієнт лежить, розкинувши руки, на лузі і відчуває блаженство єднання зі всім світом.

2. Переживання клієнтом в образах контактів із уявною водою у природному ландшафті (кататимна гідротерапія). Імагінативна взаємодія людини із уявною водою викликає регресію у пренатальний стан, коли немовля знаходиться в утробі матері. Крім того, можливі паралелі із насиченням материнським молоком.

3. Клієнт в образах зменшується у розмірах, стає маленьким, а оточуючий світ стає для нього величезним. Або, може спостерігатися протилежне явище – клієнт в образах збільшується у розмірах по відношенню до навколишнього середовища (Гулівер у країні велетнів чи країні ліліпутів).

4. Клієнт в образі уявляє себе на пагорбі або на підвищенні, споглядаючи навколишній ландшафт.

5. Клієнт літає в образах (прояв омніпотентних бажань).

6. Клієнт в образах з'являється у космосі.

7. Розкачування (на гойдалці) в образах клієнта є проявом нарцисизму. При цьому відбувається регрес на стадію пренатального розвитку, у “внутріутробний рай”, коли дитина переживала розкачування при рухах матері. Звідси – використання покачування новонародженого, щоб його заспокоїти, дитяча радість при розкачуванні на гойдалці.

8. Клієнт уявляє в образах всесильні (омніпотенція) велетенські тварини чи людські істоти. Це можна вважати проекцією власних нарцистичних омніпотентних установок на батьків та інші зовнішні об'єкти. При цьому батьки ідеалізуються, сприймаються як всесильні, здатні з усім впоратися. Згодом таке відношення до батьків може переміщуватися на інші об'єкти – Бога, кумира, політичного діяча і т.д. [7, с. 286].



9. Уявляючи образи, клієнт відчуває єднання з будь-якою людиною чи божественною постаттю [7, с. 287].

Фрустрація потреб дитини на ранніх стадіях її онтогенетичного розвитку призводить також до незадоволення архаїчних оральних потреб, архаїчних анальних потреб, архаїчних едіпальних потреб. Під оральними потребами у сучасному психоаналізі, на який посилається символдрама, розуміється не лише переживання новонародженим на першому році життя потреби у грудному годуванні, але й потреби в любові, емоційній увазі, теплоті, контакті “тіло до тіла”, “очі в очі” [7, с. 298].

Задоволення архаїчних потреб у символдрамі здійснюється наступним чином:

а) приємна взаємодія в образах із землею (клієнт уявляє, що лежить на землі, бере землю в руки і т.д.); земля — важливий орально-материнський символ;

б) приємна взаємодія в образах із водою; вода носить орально-материнський аспект;

в) приємна взаємодія в образах з травою, рослинністю, деревом, коли клієнт у своїй уяві торкається їх;

г) коли клієнт їсть чи п’є в образах, при кормлінні істот, які виникають в образах;

д) при появі в образах різноманітних материнських об’єктів та при взаємодії з ними (наприклад, з реальною матір’ю, бабусею, жінкою, коровою, символічною твариною і т.д.). Поява в образах материнських об’єктів може бути як спонтанною, і спеціально викликаною [7, с. 300].

Техніки задоволення архаїчних оральних потреб спрямовані, як правило, на роботу із спонтанно викликаними образами. Значення задоволення архаїчних оральних потреб досить велике, тому психотерапевт надає можливість клієнту повністю насолодитися уявними сценами орального задоволення [7, с. 300].

Під анальними потребами у сучасному психоаналізі прийнято вважати прагнення до “розкидання власних екскрементів” та прагнення до утримання екскрементів і взаємодії із ними. На символічному рівні це проявляється у розмазуванні бруду, вимазуванні рук, обличчя, тіла. Прагнення до задоволення садистичної складової лежить в основі ритуалу у таборі – обмазування сонного зубною пастою. Частково задоволення архаїчних анальних потреб відбувається, коли жінка наносить на

обличчя макіяж, і коли чоловік наносить на обличчя крем для бриття, а потім його знімає бритвою [7, с. 300].

Тема анальної еротики пропрацьовується у мотиві найвищої сходинки “отвір у болоті”. Техніка використання так званих “магічних рідин”, слюни і сечі дозволяє працювати із заборонами, сформованими на анально-садистичній стадії розвитку. Орально-садистичні імпульси пов’язані із прагненням проковтнути, з’їсти [7, с. 301].

Символічне задоволення архаїчних анальних потреб часто слугує для вирішення більш пізніх едіпальних проблем. Важливо відмітити, що не можна нав’язувати клієнту контакти з анальними символами. Задоволення архаїчних анальних потреб є можливим лише при відповідному бажанні клієнта, що виникає у нього спонтанно. Клієнта необхідно завчасно підготувати до необхідного розвитку образу дотримуючись принципу поступовості. Якщо, наприклад, в образі спонтанно з’являються елементи, символічно пов’язані з анальною сферою, то психотерапевту не слід прямо пропонувати клієнтові вступити з ними у взаємодію. Психотерапевти може поставити питання: “Як би ви себе почували, якби ви наблизилися до цього болота і торкнулися його?”, або “Як би ви себе почували, якби підійшли до отвору на болоті?”. В сам отвір на болоті занурюватися не рекомендується [7, с. 303].

Що стосується незадоволених едіпально-сексуальних потреб, то у психотерапії за методом символдрами їх спонтанне задоволення відбувається досить мало. Як показує практика, при представленні образів, що стосуються переживання сексуальних контактів у прямій несимволічній формі стримує психотерапевта який несвідомо не допускає відкритого обговорення таких проблем і дає це зрозуміти клієнту (стримуюча дія контрпереносу психотерапевта). Якщо ж символічний контакт все ж переживається в образі у прямій несимволічній формі, то це може бути або результатом надсильної лібідизації, або незрілості особистості пацієнта і слабкості супер-Я, або ексгібіціоністських тенденцій [7, с. 303].

У легалізованій символічній формі архаїчні сексуальні і едіпальні потреби задовольняються при роботі з мотивами: “Квітка”; прогулянка вздовж “Струмка” до джерела, яке символізує материнські груди; підйом на гостру (батьківсько-чоловічу) “Гору” і на “Гору” з округлою вершиною (материнсько-жіночою); при дослідженні спальні в “Будинку”; в деяких випадках при роботі з

мотивом “Галявина лісу”; при роботі з мотивами “Корова”, “Слон”, “Поїздка автостопом”, “Кущ троянди”, “Плодове дерево”, “Будиночок в горах”, “Дискотека”, “Нудистський пляж” та ін. [7, с. 303-304].

Звернення до задоволення представлених вище потреб є необхідним при наявності спеціальних показів. Важливе місце займає спонтанна регресія на найбільш ранні стадії розвитку. Символічне задоволення архаїчних потреб слугує основою подальших етапів психотерапії.

### 17.3. Техніки символдрами

Техніки символдрами на відміну від інших напрямків психотерапії мають назву “мотивів”. Розрізняють стандартні і нестандартні мотиви символдрами.

До стандартних мотивів відноситься **мотив “квітка”**. Мотив квітки більше підходить для дівчаток на латентній стадії, ніж для хлопчиків, у роботі з якими бажано використовувати динамічні мотиви. У роботі зі старшими підлітками і з дорослими клієнтами мотив квітки слугує для введення в кататимно-імагінативну психотерапію. Так званий мотив “квітка” дається, як правило, після закінчення збору даних глибинного-психологічного анамнезу в кінці першого або другого сеансу. Мотив повинен показати, чи здатний і наскільки здатний клієнт утворювати повноцінні кататимні образи. Дійсно, вражає той факт, що майже всі клієнти (навіть з відносно важкими порушеннями) легко справляються з цим мотивом і уявляють собі квітку [4, с. 18].

Квітку слід описувати з урахуванням найменших елементів, виділяючи її колір, розмір, форму, як вона виглядає, якщо заглянути у чашку квітки і т.д. Важливо запропонувати клієнту прослідкувати, рухаючись вниз по стеблу, де знаходиться квітка: чи росте вона в землі, чи стоїть у вазі або є зрізаною, застряглою на якомусь невизначеному фоні. Відсутність ґрунту “під ногами” може свідчити про деяку відірваність, недостатню основу. При цьому питання психотерапевта мають виражатися наступним чином: “Де знаходиться квітка?”, а не “Де стоїть” або “Де росте квітка?”, що передбачає деяке навіювання [4, с. 18].

Важливо також описати емоцію, що безпосередньо йде від квітки. Далі слід попросити клієнта спробувати в уявленні доторкнутися кінчиком пальця до квітки і описати свої тактильні відчуття. Деякі діти переживають цю сцену так реалістично, що піднімають руку і виставляють вказівний палець [4, с. 19].

Найчастіше уявляються образи таких квіток як червоний або жовтий тюльпан, червона троянда, соняшник, ромашка, маргаритка. Лише в окремих випадках, невротична проблематика проявляється у тому, що вже при першому уявленні квітки з'являється екстремальний або ненормальний образ. Яскраво вираженою ознакою порушення вважаються ті випадки, коли виникає чорна троянда або квітка зі сталі, або якщо квітка через короткий час в'яне, а листя обвисає [4, с.19].

Про особливо яскраво виражену здатність до уяви клієнта свідчать фантастичні квіти, яких не буває у природі, або злиття двох квіткових мотивів в один. Істеричну структуру особистості також характеризують нереальні або штучні квіти з яскравим забарвленням [4, с. 19].

Після закінчення уявлення квітки рекомендується тактовно виразити клієнту підтримку і похвалу. Наприклад, можна сказати: “У мене склалося враження, що у Вас хороша уява” – або – “У Вас жива фантазія”. Якщо образи були виражені менш яскраво, можна похвалити клієнта, сказавши про його хорошу схильність до уявлень або щось в цьому роді. Потім можна сказати, що через декілька сеансів клієнт зможе розвинути у себе чіткіші уявлення. Важливо, щоб клієнт отримав позитивний зворотній зв'язок і підтримку на рівні емпатії [1].

**Мотив “дерево”.** На об'єктному рівні образ дерева символізує батьків дитини або інших значимих осіб. Образи, які уявляються після завдання мотиву дерева, можна аналізувати одночасно у двох планах – на суб'єктному рівні і на об'єктному рівні.

Дерево може як пригнічувати своїми розмірами, так і бути захистом і укриттям. Клієнт може ховатися під гілками дерева, з його верхівки він може оглянути панораму ландшафту, його плодами можна харчуватися, у його гілках можна гратися, збудувати в них житло і т.д. [4, с. 20].

На суб'єктному рівні дерево може відображати уявлення клієнта про те, яким йому хотілося б бути великим, сильним, могутнім. Тут важливі всі деталі: чи уявляється як вічнозелене дерево

чи листяне дерево, чи стоїть дерево самотньо або оточене іншими деревами, чи воно здорове, чи не обпало його листя, або ж воно засихає, або вже засохло [4, с. 21].

В ході сеансу у клієнта можуть скластися певні стосунки з його деревом. Образи, що виникають, характеризують актуальну для клієнта несвідому проблематику [4, с. 21].

**Мотив “три дерева”.** Цей мотив можна розглядати як хороший проєктивний тест внутрішньо сімейних стосунків. Дитячий психотерапевт Е. Клессманн [9, с. 48] рекомендує спочатку запропонувати клієнту намалювати на одному горизонтально розташованому листі паперу три будь-яких дерева і порівняти їх з близькими людьми – членами його сім’ї. У разі обтяженої конфліктної символіки малюнка Е. Клессманн пропонує клієнту знову уявити намальовані дерева у ході сеансу символдрами і встановити з ними якісь стосунки. Часто це вдається легше, ніж образне уявлення батьків у реальному або навіть у символічному вигляді в образі тварин. Клієнт, в основному, без зусиль і особливих коментарів розуміє свою роль у створеному ним динамічному полі і може самостійно знайти якусь можливість подолання конфліктної ситуації [4, с. 22].

**Мотив “сім’я тварин”.** Часто цей мотив виникає спонтанно у дітей. Це пов’язано з тим, що діти, з одного боку, тісніше пов’язані з батьківською сім’єю, ніж дорослі, а з іншого боку, у них ще не повністю сформувалося сильне і зріле Я, щоб вони мали змогу протистояти в образах своїм батькам, братам і сестрам. Спочатку дитина спостерігає за сім’єю тварин – часто на певній відстані, це додає впевненості. Дуже часто в образах проявляється прагнення дитини до захищеності, відчуття безпеки. Те, що відбувається в сім’ї тварин, зазвичай символічно відображає події у власній сім’ї дитини і пов’язані з цим бажання. Іноді, як показує приклад, дитина може бути настільки емоційно захопленою тим, що відбувається, що вона сама стає в образах членом сім’ї тварин [9, с. 81].

**Мотив “отримання у володіння частини землі (мотив власного царства)”.** Цей мотив рекомендується використовувати лише на подальших стадіях психотерапії. Хоча цей мотив, у порівнянні з мотивом сім’ї тварин виникає спонтанно не так часто, проте йому відводиться важливе значення. Причин для цього достатньо. Для дитини у латентному віці особливо важливою стає проблема володіння, завоювання. Тому діти в цей період так люблять

ігри, пов'язані з боротьбою і змаганням. У зв'язку, з цим при проведенні цього мотиву, слід звертати особливу увагу, чи може дитина – і, якщо може, то якою мірою, – взяти у володіння ділянку землі, які труднощі у неї при цьому виникають, які вимоги пред'являються. Розмежування (диференціація, відділення від інших) власного Я, яке в цьому віці ще недостатньо стабільне, проектується дитиною в латентному віці на навколишній простір. Тому, з діагностичної точки зору, важливо, чи наявне розмежування власної ділянки землі, чи проведені межі, і якщо так, то яким чином (наприклад, за допомогою стовпчиків, канави, дерева, берегом річки і т.д.). У латентному віці діти, як правило, ще не можуть повноцінно вирішити, з ким їм разом бути або разом жити. Тому важливо дізнатися, кого дитина запросить у своє царство і чи вона може переночувати в образі одна, далеко від батьків; чи захоче вона впустити до себе своїх батьків або інших людей. Даний мотив містить важливий аспект розвитку внутрішньої і зовнішньої самостійності дитини. На власній частині землі діти часто уявляють себе набагато старшими ніж вони є, іноді вже мають свою сім'ю. Мотив отримання у володіння частини землі сприяє позитивному становленню функцій зрілого Я [7, с. 26].

**Мотив “уявлення себе на 10 років старшими”.** Цей мотив дає уявлення про внутрішні установки та очікування пацієнта щодо свого майбутнього. У зв'язку з цим цьому мотиву відводиться також важлива роль у виховному аспекті психотерапії. Окрім того, одностороння фіксація на пропрацювання конфліктів з минулого і теперішнього може викликати у клієнта відчуття, що він хворий [7, с. 26].

**Мотив “луг”.** Мотив луку має дуже широке символічне значення. У роботі з дітьми і підлітками він використовується як початковий образ кожного психотерапевтичного сеансу, після представлення якого можна попросити уявити струмок, гору, будинок і так далі. Мотив луку можна використовувати на наступному сеансі після тесту з квіткою, деревом або трьома деревами як входження в метод, а також на початку кожного подальшого сеансу сновидінь наяву [4, с. 27; 7, с. 70].

Образ луку – це материнсько-оральний символ, що відображає як зв'язок з матір'ю і динаміку переживань першого року життя, так і актуальний стан, загальний фон настрою. Чинник настрою може бути представлений погодою, порою року, часом доби, характерною

рослинністю на лузі. У нормі це літня пора року або пізня весна, день або ранок, погода хороша, на небі сонце, навколо багата, соковита рослинність, представлена великою кількістю трав і квітів. Луг привітний, навіть ласкавий, залитий яскравим сонячним світлом.

Якщо ж на першому році життя дитина переживала певні проблеми (хвороба, фізична або психологічна відсутність матері та ін.), а також в разі загального депресивного або тривожного фону настрою, небо може бути сірим і похмурим, все навколо може бути похмурим, може йти дощ або починатися буря. Осіння або зимова пора року може вказувати на глибинну, міцно укорінену базову фрустрацію оральної потреби. Зимовий пейзаж може бути пов'язаний із характерним для підліткового віку механізмом захисту, за типом аскетичної поведінки. У загальних рисах, осіння ситуація наводить на думку про сумний, поганий настрій, весняна – про оптимістичне очікування, а літня – про задоволене відчуття виконання чогось [1].

Слід розпитати клієнта про розміри луку і про те, що знаходиться на його краях. Підлітки уявляють іноді луг, що нескінченно протягнувся, йде на багато кілометрів у далечінь. У цьому може виявлятися недостатня диференціація меж власного Я та ілюзорні очікування щодо майбутнього життя. Інша крайність – дуже невелика, обмежена з усіх боків лісом галявина – це може свідчити про депресивні тенденції, пригнічений стан, зажатість, закомплексованість [4, с. 28].

Робота з мотивом луку, звичайно ж, не вичерпується описаною вище діагностичною стороною. Уявлення образу луку має сильний психотерапевтичний афект. У технічному відношенні клієнту пропонується робити на лузі все, що він хоче. При цьому клієнту задається питання: “Що б Вам хотілося зараз зробити?” У клієнта можуть з'явитися такі бажання, як погуляти, полежати в траві, зробити певні маніпуляції з квіткою, вивчити околиці і т.д. Іншими словами, психотерапевт займає так звану дозвільну позицію, за якої клієнту все дозволяється і деякою мірою він керує сюжетом даного мотиву. Мотив луку можна давати клієнту як один раз, так і на подальших сеансах. Він може залишатися також тільки коротким епізодом, від якого відштовхуватимуться всі подальші мотиви [4, с. 28-29].

**Вихід на гору.** Мотив гори включає чотири основні складові: розгляд і точний опис гори здалеку, вихід на гору, опис панорами, яка відкривається з вершини гори, і спуск з гори [4, с. 30].

При розгляді гори з боку важливо якомога докладніше описати її форму, висоту (приблизно скільки метрів), що на ній росте і чи щось взагалі росте, які гірські породи її складають, чи покрита вона снігом і т.д. Після цього задається особливо важливе питання: “Чи хочете ви піднятися на цю гору?”

Якщо ми розглянемо конфігурацію гір, то гори з гострою вершиною пов'язані, перш за все, з батьківсько-чоловічим світом, а гори з округлою вершиною або такі, чий силует приблизно нагадує лежачу або сидячу дівчину – з материнсько-жіночим світом. У цьому відношенні вихід на гору особливо важливий в плані опрацювання статевої ідентифікації, самоствердження себе в ролі чоловіка або жінки. Сигналом про особливо сильну об'єктну залежність можна вважати випадок, коли клієнт уявляє себе у центрі гірського масиву, оточеним зі всіх боків кільцем гір. Висота гори характеризує рівень домагань і самооцінки клієнта. Ідеально здорова людина або добре компенсований клієнт у Середній Європі описує гору середньої висоти (приблизно 1000 м.), порослу лісом, можливо з скелястою вершиною, на яку він зміг би піднятися. У невротичних клієнтів із заниженим рівнем домагань і самооцінки гора може виявитися всього навського горбом, і, у деяких випадках, купою піску або купою снігу. Проте, при явно завищеному рівні домагань і самооцінки гора виявляється дуже великою, високою, покритою снігом і льодовиками. У невротичних випадках гора може бути з пап'є-маше, з гладких скель, в деяких випадках рівною і блискучою або дзеркально-гладкою мармуровою горою, так що на неї навіть неможливо піднятися [4, с. 30-32].

Наступний етап – це **вихід на гору** [7, с. 86-89]. Для здорового клієнта це, як правило, не складає великих труднощів. Перед клієнтом ставиться завдання, від здійснення якого він може, в принципі, відмовитися. Але це відбувається вкрай рідко. Символічне значення підйому на гору пов'язане з тими завданнями, які ставить перед нами життя. Деякі люди ставлять перед собою високі або навіть вкрай високі завдання, інші задовольняються середнім рівнем і переживають при цьому менше труднощів. Люди, які ставлять перед собою високі домагання уявляють високу гору, піднятися на яку складно і важко є часто пихатими людьми. Слід звертати увагу на своєрідність підйому, крутизну окремих підйомів, необхідність дертися, можливо, з набором альпіністського спорядження. Або навпаки: якщо клієнт знаходить зручний шлях для прогулянок чи



передчасно втомлюється і повинен часто відпочивати – це вказує на те, яким чином людина звикла вирішувати завдання або добиватися своїх цілей [4, с. 32].

Важкі невротичні порушення при сходженні можуть проявлятися у тому, що стежка стає ледве помітною, клієнт весь час скачується вниз або, навпаки, йде не в гору, а спускається. На шляху клієнта можуть виникати лісові завали, глибокі яри, або ж клієнт раптом чогось лякається в темному лісі і просить дозволу повернутися назад. У той же час клієнт може піддаватися бурі, вітру і холоду. Іншою характерною ознакою порушення може бути уникнення сходження взагалі. Клієнти з особливо сильно вираженою істеричною структурою особистості виявляються відразу ж на вершині гори, повідомляючи психотерапевта, про те, що вони вже вгорі, тим самим ніби перестрибують в своїй фантазії через труднощі підйому на гору [4, с. 32; 7. с. 89-90].

На **вершині гори** клієнт знаходить місце, звідки відкривається панорама на всі боки. Це певною мірою, винагорода за витрачену в ході сходження напругу. З вершини світ виглядає абсолютно іншим, ніж зазвичай. Панорама відкриває ніби новий вимір – кататимну панораму, образно кажучи “ландшафт душі” [1]. В нормі – це панорама звичайного ландшафту з полями, лісами, дорогами і людьми, зайнятими якоюсь справою. Вдалині клієнт може побачити місто із заводами і фабриками, річку або озеро, можливо, з’явиться море, або на горизонті з’являться гори. Як правило, людина виявляється на вершині гори зовсім одна [4, с. 33; 7. с. 90-99].

Останній етап – **спуск з гори**. З діагностичної точки зору, він показує ставлення клієнта до втрат, невдач, програшів, до зниження свого соціального статусу і престижу. Повернення на початкову місцевість не завжди проходить безболісно. Після того, як клієнт достатню кількість часу побув на вершині гори, побачив і описав панораму, що з неї відкривається, психотерапевт пропонує клієнту спуститися вниз, пропонуючи, на вибір, скористатися або тією ж дорогою, або піти іншим шляхом. Для деяких клієнтів спуск часто буває важчим, ніж сходження. Особливо неохоче сходять вниз клієнти з високим рівнем домагань. Деякі клієнти відчувають себе на вершині гори незахищено, незатишно, самотньо, відрізнаними від світу людей. Тому їм приємно повернутися вниз, у людський світ. При спуску вниз клієнта просять описувати деталі ландшафту, яким пролягає його шлях, звертаючи увагу, чи не перестрибує він через

реальну ситуацію, як це зазвичай роблять клієнти з істеричною структурою особистості, безпосередньо повідомляючи: “Я вже внизу”. Після того, як клієнт спуститься вниз (часто він повертається на луг, з якого він відправився у подорож), його просять знову описати навколишній ландшафт. При цьому часто відбувається так зване синхронне перетворення. Луг змінюється в окремих деталях або в істотніших рисах. Трава, як правило, стає вищою і соковитішою, квіти розкриваються, погода поліпшується, ландшафт стає ширшим і просторішим. Сама гора тепер здається меншою і не такою неприступною. В основі таких позитивних синхронних перетворень лежить той факт, що вдале сходження на вершину гори і переживання панорами, яка відкривається з неї, впливають на несвідомі структури переживання образів, підсилюючи Я клієнта, сприяючи його самоствердженню й ідентифікації [1; 4. с. 35; 7. с. 99–100].

Мотив гори надзвичайно важливий. Сходження на гору доцільно повторювати в ході курсу психотерапії кілька разів. Слід враховувати, що цей мотив може займати в деяких випадках більше часу, ніж зазвичай тривають інші мотиви. Мотив гори особливо доречно використовувати у роботі з проблемами суперництва, закомплексованості і невпевненості у собі, проблем досягнення, депресивній пасивності, проблемах, пов'язаних із статевою ідентифікацією, при заїканні [4, с. 36].

**Проходження уздовж струмка.** Струмок – це орально-материнський символ, що відображає також динаміку внутрішніх психічних процесів і психічний розвиток в цілому, показує, наскільки безперервно, гармонійно і послідовно протікає внутрішнє психічне життя. Окрім того, вода – це животворний початок, що дає оральне підживлення, плідний, цілющий елемент [4, с. 38; 7, с. 77].

Мотив струмка задається, опираючись на мотив луку. Часто струмок на лузі запрошується сам собою. Клієнта просять описати струмок. Струмок може бути як маленькою канавкою, так і широким потоком, річкою. Клієнта розпитують про такі ознаки, як швидкість течії, чистота, температура і прозорість води, характер берегів і зростаюча берегами рослинність. У нормі, на струмку помітна звичайна течія, вода чиста, прозора і прохолодна (але не крижана), приємна на смак [4, с. 39].

Струмок – це проточна вода, яка тече з джерела різними потоками, спрямовується до моря і вливається в нього. Таким чином, основне глибинно-психологічне значення цього багатогранного

мотиву постійного потоку – це символічне вираження психічного розвитку, безперешкодного розгортання психічної енергії. Водночас, вода як одна з фундаментальних стихій всесвіту, як основоположний елемент життя втілює у собі життєву енергію. Вона освіжає і пожвавлює. Життя немислиме без води. У цьому значенні вода належить до області уявлення про родючість. Великий струмок або річка можуть бути також і межею, яку можна подолати мостом або поромом, а також вброд. У ході психотерапії, після того, як клієнт детально розгляне і опише струмок, йому пропонується вибрати, чи піти вгору за течією до джерела або вниз за течією, спостерігаючи за тим, скільки він зможе пройти. Іноді клієнтам важко зробити вибір, якому напрямку їм віддати перевагу [4, с. 39].

**Спостереження за галявиною лісу.** Мета цього мотиву – викликати в уяві образ значимої особистості або символічної істоти, які втілюють у собі несвідомі страхи чи проблеми. Завдання мотиву спрямоване на очікування істоти, яка має з'явитися із темряви лісу на галявині [4, с. 55].

Так як ліс символізує несвідоме, то у роботі із дорослими клієнтами не рекомендується заходити у ліс. Клієнта просять зупинитися на деякій відстані від лісу, а це допомагає уникнути прояву страху та опору. У дітей, на відміну від дорослих, образ лісу багатогранніший. З одного боку, він символізує щось сокровене і таємниче, а з іншого – щось таке, що допомагає сховатися, спастися, надає захисту [4, с. 55].

#### **17.4. Результат психотерапевтичного впливу**

У змісті символдрами можна побачити символічні уявлення неусвідомлених конфліктів. Компромісні утворення, між афективно-інстинктивними імпульсами і захисними процесами, відображають як актуальні емоційні проблеми так і генетичні глибинні форми конфліктів, які стосуються самого раннього дитинства [7, с. 28].

У ході символдрами клієнт виявляє для себе:

- а) приховані неусвідомлювані конфлікти;
- б) власні афекти і пригнічені інстинкти;
- в) особистісні механізми захисту від проблем;
- г) згадує непропрацьовані конфлікти раннього дитинства.

По завершенню психотерапевтичного впливу відбувається поступове зменшення ірраціонально-архаїчних елементів; відбувається відображення більшою мірою зовнішньої реальності, тобто більш зріле відображення; клієнт стає ближчим до дійсності. Фантастичні вирішення проблем і феномени перетворень відступають на задній план. Образи стають логічнішими і більш послідовними, сильніше наближуються до дійсності [7, с. 253].

Тобто, психотерапевтичний процес символдрами іде шляхом все більшого наближення від початкового глибинно закладеного первинного процесу до вторинного процесу, переходячи до способу функціонування більш зрілого “Я” [7, с. 253-254]. Різноманітні функції первинного процесу (п.п.) та вторинного процесу (в.п.) можна продемонструвати наступним чином: “інфантильне Я” (п.п.) – “зріле Я” (в.п.), підпорядкування принципу задоволення (п.п.) – домінування принципу реальності (в.п.), вільний відтік збудження (п.п.) – стримання відтоку збудження, заміна зовнішньої реальності (п.п.) – перевірка реальності і т.д. [7, с. 252-253].

Завдяки повноцінному переживанню відповідних символів стає можливим формування різних властивостей і функцій “Я”, таких як:

- а) креативність і здатність до творчої роботи;
- б) здатність до емпатії;
- в) вміння диференціювати внутрішнє і зовнішнє (суб’єкт і об’єкт);
- г) здатність приймати обмеженість власного життя (при відсутності цієї функції “Я” людина вважає, що після смерті її життя продовжується);
- д) передумови для гумору і мудрості.

Таким чином людина отримує можливість бути тією, якою вона є насправді, формується зріла особистість [7, с. 290].

В символдрамі психотерапевт має справу з найбільш глибокими і справжніми переживаннями. Завдяки цьому навіть негативні переживання в образі можуть мати сильний психотерапевтичний ефект. Символдрама дає можливість глибоко переживати, пропрацювати і прийняти те, що при використанні вербально-когнітивних технік психотерапії залишилося б на поверхнево-понятійному рівні.

Коли людина сидючи або лежачи розслабляється, уявляє образ, то її відчуття настільки ж реальні як і у звичайному житті. Таким чином символдрама – це новий досвід, який допомагає людині

відреагувати негативні почуття, зважитися на важливий крок в реальному житті, відчутти нову якість, яка є необхідною в даний момент. Працюючи з образом людина отримує той заряд енергії і сил який необхідний для вирішення життєвих проблем. Уявлення образів дозволяє людині зрозуміти себе, заглянути в самі сокровенні глибини душі, вирішити серйозні проблеми і конфлікти, підняти самооцінку, прийняти себе, будувати нові плани на майбутнє.

## Висновки

У теорії та техніці символдрами умовно можна виділити три складові – три основних механізми психотерапевтичного впливу. Першою складовою є такий напрям роботи, за якого відбувається фокусування на конфлікті клієнта і пропрацювання цього конфлікту в ході терапії. Друга складова – задоволення архаїчних потреб клієнта (нарцистичних, оральних, анальних, едіпально-сексуальних) при використанні безконфліктних мотивів. Третя складова – розвиток творчих задатків, креативності.

Символдрама має ряд переваг у порівнянні з іншими методами психотерапії:

- символдрама у певному значенні закриває прогалини між ігровою і розмовною психотерапією дітей і підлітків, компенсуючи їх недоліки і ефективно використовуючи їх переваги;

- символдрама дозволяє клієнту розібратися зі своїми конфліктами і проблемами на символічному рівні;

- вона оптимально враховує нарцистичні переживання клієнта;

- завдяки особливій пластичності методу символдрами, із використанням творчого малюнку, вдається добре варіювати її використання, у поєднанні і взаємодоповненні з іншими методами психотерапії;

- символдрама може використовуватися і як основна форма терапії, і в комбінації з іншими формами, перш за все з ігровою психотерапією, а це дозволяє істотно динамізувати терапевтичний процес і зробити важливі діагностичні висновки про хід лікування;

- часто образи клієнта і особливо їх відображення у малюнках значно більшою мірою розкривають погляд батьків на процеси внутрішнього розвитку і специфічні проблеми їх дитини, ніж інші форми бесіди та переконання.

## Питання для самоконтролю

1. Хто засновник символдрами?
2. Розкрийте суть методу символдрами.
3. Генезис неврозу у символдрамі.
4. Які стандартні мотиви символдрами?
5. У чому полягають особливості використання методу символдрами із дітьми та підлітками?
6. Назвіть основні мотиви символдрами для дітей та підлітків.
7. Наведіть приклади технік, які можна використовувати на початковому етапі психотерапії у символдрамі.
8. Які техніки можна використовувати у подальшій роботі із клієнтом (друга, третя сходинки) у символдрамі?
9. Проаналізуйте прояви невротичної особистості у мотивах символдрами.

## Література

1. Лейнер Х. Кататимное переживание образов: основная ступень; введение в психиатрию с использованием техники сноведений; семинар / Лейнер Х. ; пер. с нем. – М. : Эйдос, 1996. – 253 с.
2. Лейнер Х. Основы глубинно-психологической символики / Х. Лейнер // Журнал практического психолога. – 1996. – № 3. – С. 102–110.
3. Обухов Я. Л. Образ-рисунок-символ / Я. Л. Обухов // Журнал практического психолога. – 1996. – № 4. – С. 44–54.
4. Обухов Я. Л. Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков / Обухов Я. Л. – М. : Эйдос, 1997. – 112 с.
5. Обухов Я. Л. Удовлетворение архаических потребностей – использование метода символдрамы / Я. Л. Обухов // Журнал практического психолога. – 1999. – №5–6. – С. 129–154.
6. Русских Н. И. Интенсивная психотерапия острого ипохондрического невроза (использование метода символдрамы по Х. Лейнеру) / Н. И. Русских // Журнал практического психолога. – 1996. – № 5. – С. 48–52.

7. Символдрама : сб. научн. тр. / [Е. К. Агеенкова и др.] ; под ред. Я. Л. Обухова, В. А. Поликарпова. – Минск : Европейский гуманитарный университет, 2001. – 416 с.
8. Шевченко А. И. Использование метода направленного воображения в лечении онкологических больных / А. И. Шевченко, Н. Ф. Шевченко // Журнал практического психолога.– 1998. – № 1. – С. 119–123.
9. Leuner H. Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen / H. Leuner, G. Horn, E. Klessmann. – [4, actual.]. – München, 1997. – 286 s.

## РОЗДІЛ 18. АРТ-ТЕРАПІЯ

### 18.1. Суть арт-терапії

**Арт-терапія** – це спеціалізована форма психотерапії, заснована на мистецтві, в першу чергу образотворчому і творчій діяльності. Спочатку арт-терапія виникла в контексті теоретичних ідей З. Фрейда і К. Юнга, а надалі набувала більш широкої концептуальної бази, включаючи гуманістичні моделі розвитку особистості К. Роджерса і А. Маслоу [8; 11].

Термін арт-терапія (буквально: терапія мистецтвом) ввів у вживання Адріан Хілл (1938) описуючи свою роботу з хворими на туберкульоз, які проходили курс лікування у санаторіях. Це словосполучення використовувалося по відношенню до всіх видів занять мистецтвом, які проводилися в лікарнях і центрах психічного здоров'я [8; 10; 11].

Вивчення арт-терапії почалося в 20-ті рр. ХХ ст. із фундаментальних праць Х. Принцхорна (H. Prinzhorn, 1922). У США образотворчі засоби у психотерапевтичному процесі вперше застосував в 1925 р. при аналізі сновидінь своїх пацієнтів Н. Льовіс (N. D. S Lewis). У Росії в 1926 р. вийшла перша монографія, присвячена арт-терапії – книга П. І. Карпова “Творчість психічнохворих і її вплив на розвиток науки і техніки”, в якій проблема творчих проявів при психічних захворюваннях розглядалася не лише в медичному, але і в історичному та біологічному аспектах [10; 11].

Перші спроби використання арт-терапії для корекції особистісного розвитку відносяться до 30-х р. ХХ ст., коли арт-терапевтичні методи використовувалися у роботі з дітьми, що пережили стрес, перебуваючи у фашистських таборах і були вивезені в США. На початку свого розвитку арт-терапія відображала психоаналітичні погляди, за яких кінцевий продукт художньої діяльності клієнта (малюнок, картина, скульптура) вважався вираженням неусвідомлюваних психічних процесів. Зазвичай арт-терапію застосовували в лікарнях і психіатричних клініках для лікування хворих з емоційними порушеннями. У 1960 р. в США була створена Американська арт-терапевтична асоціація. Подібні асоціації виникали також в Англії, Японії, Голландії, так арт-терапія набула



загального визнання і поширення у всьому світі. На сьогоднішній час сотні професійних арт-терапевтів працюють в психіатричних і загальносоматичних лікарнях, клініках, центрах, школах, в'язницях, університетах.

Аналіз сучасних досліджень з арт-терапії пояснює корисність даного методу у лікувальних цілях [8]:

1. Надає соціально прийнятний вихід агресії та іншим негативним відчуттям (робота над малюнками, картинами, скульптурами є безпечним способом “випускання пари” і розрядки напруги).

2. Полегшує процес лікування. Неусвідомлювані внутрішні конфлікти і переживання легше виражаються за допомогою зорових образів, ніж за допомогою висловів у процесі вербальної корекції.

3. Дає підстави для інтерпретації і діагностичних висновків. Продукти художньої творчості відносно довговічні, і клієнт не може заперечувати факт їх існування.

4. Дозволяє пропрацювати думки і відчуття, які клієнт звик подавляти. Іноді невербальні засоби є єдиною можливим вираженням і проясненням сильних переживань і переконань.

5. Допомогає налагодити відносини між психологом і клієнтом. Спільна участь в художній діяльності може сприяти створенню емпатійних стосунків і взаємного прийняття.

6. Розвиває відчуття внутрішнього контролю. Робота над малюнками, картинами або ліпленням передбачають впорядкування кольору і форми.

7. Сконцентровує увагу на відчуттях і почуттях. Заняття образотворчим мистецтвом створюють великі можливості для експериментування із кінестетичними й зоровими відчуттями, розвитку здібностей щодо їх сприйняття.

8. Розвиває художні здібності і підвищує самооцінку. Побічним продуктом арт-терапії є відчуття задоволення, яке виникає в результаті виявлення прихованих талантів та їх розвитку.

9. У груповій роботі дозволяє вирішити конфлікти між членами групи і допомагає у досягненні гармонії.

Прийоми арт-терапії використовуються при дослідженні внутрішньо сімейних проблем. На даний час рамки застосування арт-терапії значно розширилися, поступово вона відокремилася від своєї психоаналітичної першооснови, набула широкого поширення і використовується як самостійний метод і як метод, який доповнює

інші техніки [8].

**Основна мета** арт-терапії полягає в гармонізації розвитку особистості через розвиток здатності самовираження і самопізнання засобами мистецтва, а також в розвитку здібностей до конструктивних дій з урахуванням реальності навколишнього світу. Звідси витікає найважливіший **принцип арт-терапії** – схвалення всіх продуктів творчої образотворчої діяльності не залежить від їх змісту, форми і якості.

З погляду представників класичного психоаналізу, основним механізмом корекційної дії в арт-терапії є механізм сублімації – вираження несвідомих інстинктів і потягів (часом деструктивних) за допомогою їх трансформації у витвори мистецтва. На думку К. Юнга, мистецтво, особливо легенди і міфи і арт-терапія, яка використовує мистецтво, значною мірою полегшують процес індивідуалізації саморозвитку особистості на основі встановлення зрілого балансу між несвідомим і свідомим Я; в мистецтві виражаються почуття злості, болю, тривоги, страху клієнта [8; 10, с. 230]. З погляду представників гуманістичного напрямку психотерапії, коректувальні можливості арт-терапії пов'язані з наданням клієнту практично необмежених можливостей для самовираження і самореалізації в продуктах творчості, пізнанням свого Я. Продукти, які створює клієнт, об'єктивують його афективне ставлення до світу, полегшують процес комунікації і встановлення взаємостосунків із значимими людьми (родичами, дітьми, батьками, однолітками, товаришами по службі і т.д.). Інтерес до результатів творчості з боку оточуючих, ухвалення ними продуктів творчості підвищують самооцінку клієнта і ступінь його самоприйняття і самоцінності [8].

Процес творчості допомагає досліднику пізнати нові раніше приховані сторони досліджуваного, особливості його міжособистісних стосунків. Виділяють два основні механізми психологічної корекційної дії, які характерні для методу арт-терапії. Перший механізм полягає в тому, що мистецтво дозволяє в особливій символічній формі реконструювати конфліктну травмуючу ситуацію і віднайти її вирішення через переструктурування цієї ситуації на основі креативних здібностей суб'єкта. Другий механізм пов'язаний з природою естетичної реакції, яка дозволяє змінити дію афекту від болісного та той, що приносить насолоду.

Існують різні варіанти використання методу арт-терапії: аналіз та інтерпретація вже існуючих творів мистецтва; спонукання клієнтів

до самостійної творчості; використання наявного твору мистецтва і самостійна творчість клієнтів; творчість самого психолога (ліплення, малювання та ін.), спрямована на встановлення взаємодії з клієнтом. Відповідно до цього є дві **форми** арт-терапії: пасивна і активна. При **пасивній формі** клієнт “споживає” художні твори, створені іншими людьми: розглядає картини, читає книги, прослуховує музичні твори. При **активній формі** арт-терапії клієнт сам створює продукти творчості: малюнки, скульптури і т.д. [8].

Групова арт-терапія, так само як й індивідуальна, дає додаткові результати; стимулюючи уяву вона допомагає вирішувати конфлікти і налагоджувати стосунки між учасниками групи. Мистецтво приносить радість, яке важливе саме по собі, незалежно від того, чи народжується ця радість в глибинах підсвідомості чи є результатом усвідомлення можливості розважитися. Арт-терапія дає вихід внутрішнім конфліктам і сильним емоціям, допомагає при інтерпретації витіснених переживань, дисциплінує групу, сприяє підвищенню самооцінки клієнта, здатності усвідомлювати свої відчуття і почуття, розвиває художні здібності [8].

Під час творчого самовираження в ході проведення арт-терапії можливе вибухове вивільнення сильних емоцій. Саме тут професійність психотерапевта має особливе значення, так як в іншому випадку окремі члени групи можуть виявитися буквально роздавленими власними відчуттями. Тому досвід супервізорської роботи має важливе значення. В арт-терапії наявні особливі вимоги до підготовки психолога, який працює в даній техніці [8]. Основне завдання арт-терапевта на перших етапах терапії – подолання збентеження клієнта, його нерішучості або страху перед незвичними заняттями. Часто опір доводиться долати поступово. Функції арт-терапевта достатньо складні і змінюються залежно від конкретної ситуації. Деякі автори вважають, що арт-терапевту необхідно володіти всіма видами перерахованих робіт, оскільки при проведенні занять доводиться не лише розповідати, але і неодмінно показувати і навчати. Інші вважають, що завданням арт-терапевта є створення особливої атмосфери, що сприятиме спонтанному прояву творчості клієнта, і при цьому, якщо арт-терапевт не володіє досконало матеріалом, який використовує, то це ставить його ніби на одну лінію в творчому плані з клієнтом і сприяє саморозкриттю клієнтів [8].

Для зміни і підвищення самооцінки клієнта велику роль відіграють постійний інтерес і позитивна оцінка з боку арт-терапевта

або інших клієнтів. Заново набуті способи самовираження, позитивні емоції, які виникають у процесі творчості, знижують агресивність, підвищують самооцінку (“Я не гірший за інших”). Емоційна зацікавленість активізує клієнта і відкриває шлях для ефективнішої корекційної діяльності [8].

Існують вікові обмеження використання арт-терапії у формі малюнка і живопису. Арт-терапія рекомендується дітям від 6 років, оскільки у віці до 6 років символічна діяльність лише формується, а діти лише освоюють матеріал і способи їх зображення. На цьому віковому етапі образотворча діяльність залишається в рамках ігрового експериментування і не стає ефективною формою корекції. Сприятливим середовищем для застосування арт-терапії є підлітковий вік, так як у цьому віці притаманне самовираження та оволодінням технікою образотворчої діяльності. В зарубіжній психології арт-терапія, як корекція особистісного розвитку, широко використовується у роботі з різними віковими групами. Останнім часом особливо актуальним є її використання як засобу корекції негативних особистісних тенденцій осіб старшого і похилого віку [8].

Заняття з арт-терапії можуть бути **структурованими** і **неструктурованими**. При структурованих заняттях тема суворо задається і матеріал пропонується виключно психологом. Клієнту надається можливість виготовити виріб з конкретного матеріалу за власними малюнками на вільну тему. Арт-терапія дозволяє отримати в цьому випадку додатковий діагностичний матеріал, який свідчить про проблеми клієнта. Як правило, після закінчення занять обговорюються тема, манера виконання і т.д. При неструктурованих заняттях клієнти самостійно вибирають тему, матеріал, інструменти. В кінці занять проводиться обговорення теми, манери виконання і т.д. Багатьма авторами підкреслюється роль арт-терапії в підвищенні адаптаційних здібностей клієнтів в повсякденному житті [8].

У структурі кожного заняття можна виділити основні його частини: перша – невербальна, творча, неструктурована; основний засіб самовираження – малюнок (живопис); друга – вербальна, апперцептивна, формально більш структурована; передбачає вербальну інтерпретацію намальованих об’єктів і пов’язаних з ними асоціацій [7, с 500].

В арт-терапії існують різноманітні підходи до відбору й класифікації тем для занять. Загальновизнана класифікація запропонована М. Liebmann (1996): теми пов’язані із засвоєнням

зображень; загальні теми, які дозволяють дослідити широке коло проблем й переживань учасників групи; теми пов'язані із дослідженням системи відношень, образу Я; теми, які мають особливе значення у парній роботі учасників групи, а також теми, призначені для роботи із сім'ями; теми для спільної художньої діяльності учасників групи [7, с 501].

Створення продукту в процесі арт-терапії обумовлене цілою системою спонукань, центральними з яких є:

– прагнення суб'єкта виражати свої відчуття, переживання в зовнішній дієвій формі;

– потреба зрозуміти і розібратися в тому, що відбувається в собі;

– потреба комунікації з іншими людьми, використовуючи продукти своєї діяльності;

– прагнення до дослідження навколишнього світу через символізування його в особливій формі, конструювання світу у вигляді малюнків, казок, історій.

Процес створення будь-якого творчого продукту базується на таких психологічних функціях, як активне сприйняття, продуктивна уява, фантазія і символізування [8].

Про ефективність арт-терапії можна говорити, за наявності позитивних відгуків клієнтів, активізації участі на заняттях, посилення інтересу до результатів власної творчості, збільшення часу самостійних занять. Численні дані показують, що клієнти часто відкривають в собі творчі можливості і після припинення арт-терапії, продовжують самостійно захоплено займатися різними видами творчості, навички до яких вони набули в процесі занять [8].

## 18.2. Види арт-терапії

Залежно від характеру творчої діяльності і її продукту можна виділити наступні **види арт-терапії**: малюнкову терапію, засновану на образотворчому мистецтві; бібліотерапію, як літературний твір і творче прочитання літературних творів; музикотерапію; хореотерапію, драмотерапію, фототерапію, маскотерапію та ін. В якості матеріалів на заняттях арт-терапії використовуються фарби, глина, клей, крейда [8].

**Музикотерапія** – метод, що використовує музику як засіб

корекції емоційних відхилень, страхів, рухових і мовних, психічних розладів, психосоматичних захворювань, відхилень поведінки, при комунікативних труднощах і т.д. [8].

У музикотерапії визначилися дві незалежні одна від одної течії: американська і шведська школи. Американська музикотерапія має емпірико-клінічну орієнтацію. Це головним чином опис клінічного ефекту дії музики, різної за формою та змістом, у результаті чого складаються “лікувальні” каталоги музики. Це свого роду музична фармакологія, в якій виділяють дві сторони лікувальної дії: стимулююча і седативна. Прихильники психоаналізу пояснюють дію музики, як не лише засіб, який знижує і знімає емоційне напруження, але і канал для виходу сексуальної енергії. Шведська школа, орієнтована на глибинну психологію, вважає, що музикотерапії в корекційній роботі повинна відводитися центральна роль, оскільки музика завдяки своїм специфічним особливостям може проникнути в глибинні прошарки особистості. Так при депресії рекомендується музика тиха, спокійна, при збудженні – гучна, швидкого темпу [8].

Виділяють чотири основні напрями корекційної дії музикотерапії:

1. Емоційне активування в ході вербальної психотерапії.
2. Розвиток навиків міжособистісного спілкування, комунікативних функцій і здібностей.
3. Регулюючий вплив на психовегетативні процеси.
4. Підвищення естетичних потреб.

Залежно від активності клієнтів, ступень їх участі в музикотерапевтичному процесі і поставлених завдань, музикотерапія може бути представлена у двох формах: активній (коли клієнти активно самовиражаються в музиці) і пасивній / рецептивній (коли клієнтам пропонується лише прослуховування музики) [8].

**Бібліотерапія.** Методика бібліотерапії є складним поєднанням книгознавства, психології, психотерапії, психокорекції. Бібліотерапія – спеціальний корекційний вплив на клієнта за допомогою читання спеціально підібраної літератури в цілях нормалізації або оптимізації його психічного стану [8].

Корекційне читання від читання взагалі відрізняється своєю спрямованістю на ті або інші психічні процеси, стани, властивості особистості: змінені – для їх нормалізації; нормальні – для їх врівноваження. Корекційна дія читання проявляється в тому, що ті або інші образи і пов’язані з ними відчуття, потяги, бажання, думки,

засвоєні за допомогою книги, заповнюють нестачу власних образів та уявлень, замінюють тривожні думки і відчуття або спрямовують їх в нове русло, до нових цілей. Таким чином, можна послаблювати або підсилювати дію на відчуття клієнта для відновлення їх душевної рівноваги. Методику бібліотерапії можна розділити на декілька етапів [8]:

1. *Самопідготовка психотерапевта*. Вона включає складання власної бібліотерапевтичної рецептури, тобто списків літератури і спеціального ознайомлення з книгами з корекційної точки зору. Спершу береться кілька жанрів по 2-3 назви. З часом рекомендується розширення рецептури за жанрами і кількістю книг. Необхідно скласти для себе короткі анотації з виписками як на окремі розділи, параграфи, так і на окремі книги, в яких фіксуються найбільш важливі, яскраві теми, думки, проблеми розділів, творів, особистісні особливості авторів [8].

2. *Орієнтація в можливостях бібліотерапії і її жанрів*. Під час чергової бесіди з клієнтом йому задається ряд питань. Наприклад, “Назвіть п’ять ваших улюблених книг”; “Які книги справили на вас в житті найбільше враження? Чому?”; “Які на вас найбільш вплинули?”; “Які автори, на вашу думку, є найбільш подібними на вас?”; “Персонажі яких книг найбільш подібні на вас?” [8].

3. *Складання списку*. Відбувається складання списку літератури, великого і малого. Навіть якщо бібліотерапія використовується як допоміжний метод, наявність таких списків дозволяє коректувати інші методи впливу [8].

4. *Вироблення системи читання*. Визначаються жанри, пріоритетні напрями і кількість книг. При цьому необхідно враховувати: ступінь доступності викладу (ступінь складності запропонованої книги); герой книги повинен бути клієнту “по плечу”; максимальна подібність ситуації книги з ситуацією, в якій знаходиться клієнт.

У ході бібліотерапії клієнт зазвичай веде читацький щоденник. Аналіз записів у щоденнику розкриває процес суб’єктивної інтерпретації художніх творів і може використовуватися в діагностичних цілях для об’єктивної оцінки процесу і ефективності корекції. Бібліотерапія рекомендується дітям і дорослим з проблемами особистісного і емоційного плану, застосовується як в індивідуальній, так і в груповій формі [8].

**Танцювальна терапія.** Танцювальна терапія застосовується у

роботі з людьми, які мають емоційні розлади, комунікативні порушення, порушення в міжособистісній взаємодії. Використання цього методу вимагає від психолога достатньо глибокої підготовки, оскільки танцювальні рухи у поєднанні з фізичними контактами та інтенсивною міжособистісною взаємодією можуть викликати дуже глибокі і сильні відчуття, емоційні переживання [8; 13].

Мета танцювальної терапії – розвиток усвідомлення власного тіла, створення позитивного образу тіла, розвиток навиків спілкування, дослідження відчуттів і набуття групового досвіду. Основним завданням танцювальної терапії є здійснення спонтанного руху. Танцювальна терапія спонукає до свободи і виразності руху, розвиває рухливість і укріплює сили як на фізичному, так і на психічному рівні. Тіло і розум розглядаються в ній як єдине ціле. Головна установка танцювальної терапії формулюється наступним чином: рухи відображають риси особистості. При будь-яких емоційних змінах міняється самопочуття, як душевне, так і фізичне, і відповідно міняється характер наших рухів. Загалом, танцювальна терапія спрямована на вирішення наступних завдань [8; 13, с. 202-203]:

1. *Поглиблення усвідомлення членами групи власного тіла і можливість ей його використання.* Це не лише покращує фізичний, емоційний стан учасників, але і служить розвагою для багатьох з них.

2. *Посилення відчуття власної гідності* і у членів групи шляхом вироблення у них позитивного образу тіла. Танець дозволяє зробити образ свого тіла більш привабливим, що безпосередньо пов'язане з позитивним образом Я.

3. *Розвиток соціальних навичок* за допомогою набуття учасниками відповідного приємного досвіду. Танцювальна терапія створює умови для творчої взаємодії, дозволяє долати бар'єри, які виникають при мовному спілкуванні.

4. *Допомога членам групи створити контакт з їх власними відчуттями* шляхом встановлення зв'язку відчуттів із рухами. При творчому ставленні клієнта до рухів під музику танець набуває експресивності, а це дозволяє вивільнити пригнічувані відчуття і дослідити приховані конфлікти, які можуть бути джерелом психічного напруження. Тут психодинамічне поняття “катарсису” розповсюджується на танець, оскільки його рухи вивільняють приховані відчуття, а це має прямий корекційний сенс.

5. *Створення магічного кільця.* Заняття в групі передбачають



спільну роботу учасників, ігри та експерименти з жестами, позами, рухами та іншими невербальними формами спілкування. Все це в цілому сприяє набуттю учасниками групового досвіду, всі компоненти якого на несвідомому рівні утворюють замкнутий стійкий комплекс – магічне кільце. Разом із вище зазначеними цілями вирішуються також і наступні завдання: підвищення рухової активності; комунікативного тренінгу і організації соціотерапевтичного спілкування; отримання діагностичного матеріалу для аналізу поведінкових стереотипів клієнта і його самопізнання; розслаблення клієнта, пошук автентичних шляхів розвитку [8].

**Проективний малюнок.** Малювання – це творчий акт, який дозволяє клієнту відчувати і зрозуміти самого себе, вільно виразити свої думки і відчуття, звільнитися від конфліктів і сильних переживань, розвинути емпатію, бути самим собою, вільно виражати мрії і надії. Це не лише віддзеркалення в свідомості клієнтів навколишньої соціальної дійсності, але і її моделювання, вираження ставлення до неї [8].

На думку фахівців, малювання бере участь в узгодженні міжпівкульної взаємодії, оскільки в процесі малювання координується конкретно-образне мислення, пов'язане в основному з роботою правої півкулі мозку, і абстрактно-логічне, за яку відповідає ліва півкуля. Будучи безпосередньо пов'язаним з найважливішими функціями (зір, рухова координація, мова, мислення), малювання не лише сприяє розвитку кожній з цих функцій, але і об'єднує їх між собою [8].

Завдяки малюванню, клієнт дає вихід своїм відчуттям, бажанням, мріям, перебудовує свої відносини в різних ситуаціях і безболісно зіштовхується із деякими лякаючими, неприємними, травмуючими образами. Таким чином, малювання виступає як спосіб усвідомлення своїх можливостей і навколишньої дійсності, як спосіб моделювання взаємостосунків і вираження різного роду емоцій, у тому числі і негативних. Тому малювання широко використовують для зняття психічної напруги, стресових станів, при корекції неврозів та страхів [8].

Проектний малюнок може використовуватися як в індивідуальній формі, так і в груповій роботі. Основне завдання проектного малюнка полягає у виявленні і усвідомленні проблем та переживань клієнтів, які важко вербалізувати. Теми, які

пропонуються для малювання, можуть бути найрізноманітнішими і стосуватися як індивідуальних, так і загально групових проблем. Зазвичай тема для малювання охоплює [8]:

1. Власне минуле і сьогодення (“Моя найголовніша проблема в спілкуванні з дітьми”; “Ситуації з життя, в яких я відчуваю себе невпевнено”; “Я і діти”; “Мій звичайний день” і т.д.).

2. Майбутнє або абстрактні поняття (“Ким би я хотів бути”; “Три бажання”; “Самотність”; “Острів щастя”; “Любов”; “Ненависть”; “Страх”; “Заздрість” і т.д.).

3. Взаємостосунки в групі (“Що дала мені група, і я їй”; “Що я очікував (очікувала), а що отримав (отримала) від навчання в групі”; “Що мені не подобається або хто мені не подобається в групі” і т.д.).

**Створення історій.** Створення, складання історій, розповідей використовується для поживлення відчуттів клієнта, вербалізації образів, асоціацій, символів, для того, щоб втілити внутрішній неспокій в конкретний образ і отримати натхнення в творчості. Цей метод може використовуватися як в індивідуальній, так і в груповій роботі. Літературний твір координує, дисциплінує розум і руку; уява використовується клієнтом в творчій формі, а не у вигляді марень і фантазій. Написаний твір розглядається на одному шаблі із творами інших клієнтів, в результаті відбувається збагачення клієнта [8].

Метод створення історій успішно використовується в роботі із дітьми. Так, Р. М. Стіртцингер (1983) запропонував метод загального складання історій дитиною і дорослим. Цей метод використовувався ним для того, щоб допомогти дитині віднайти адекватні способи вирішення конфліктів, які викликають в свою чергу порушення поведінки дитини як вдома так і в школі. Метод реалізується наступним чином: спочатку певну історію розповідає дитина, потім її продовжує дорослий, який вводить в оповідання “здоровіші” способи адаптації і вирішення конфліктів, ніж ті, які були запропоновані дитиною. Цей метод допомагає дітям зрозуміти хороші і погані сторони свого Я, усвідомити свій гнів і виразити його без побоювання. Кожну історію дитина починає зі слів: “Одного разу...”, “Давним-давно...”, “Колись...”, “Далеко-далеко...” Це відокремлює дитину від змісту висловлювання в часі і в просторі і дозволяє говорити про те, що викликає у неї тривогу. У кінці кожної історії дитина придумує заголовок, який допомагає психологу виділити найбільш важливі аспекти історії. Метод загального створення історій може використовуватися і в групових заняттях з дітьми. За

такого виду роботи одна дитина пропонує початок розповіді, друга продовжує, третя придумує кульмінацію розповіді, четверта – розв’язку. Після складання розповіді, діти обговорюють її, а дорослі пропонують їм альтернативні способи вирішення конфлікту, здоровіші в соціальному плані [8].

**Казкотерапія** – метод, який використовує форму казки для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім середовищем. Тексти казок викликають інтенсивний емоційний резонанс як у дітей, так і в дорослих. І є особливо важливим для корекційної роботи, коли необхідно в складній емоційній обстановці створювати ефективну ситуацію спілкування [8].

Виділяють наступні корекційні функції казки: психологічну підготовку до напружених емоційних ситуацій; символічне відреагування фізіологічних і емоційних стресів. В казкотерапії виділяються наступні **види роботи** [8]:

1. *Використання казки як мет афори.* Текст і образи казок викликають вільні асоціації, які стосуються особистого життя клієнта, потім ці метафори і асоціації обговорюються.

2. *Малювання за мотивами казки.* Вільні асоціації проявляються в малюнку, і надалі здійснюється аналіз отриманого графічного матеріалу.

3. *Обговорення поведінки і мотивів дій персонаж у* служить приводом для обговорення цінностей поведінки людини, виявляє систему оцінок людини в категоріях: добре – погано.

4. *Програвання епізодів казки* дає можливість дитині або дорослому відчувати деякі емоційно значущі ситуації і програти емоції.

5. *Використання казки як притчі-моралі.* Підказка за допомогою метафори варіанту вирішення ситуації.

6. *Творча робота за мотивами казки* (дописування, переписування, робота з казкою).

Основними **прийомами роботи** з казкою є [8]: 1) *аналіз казок* – усвідомлення, інтерпретація того, що стоїть за кожною казковою ситуацією, конструкцією сюжету, поведінкою героїв; 2) *розповідь казок* – допомагає пропрацювати такі моменти, як розвиток фантазії, уяви, здібності до децентрування; 3) *переписування казок* і дописування авторських і народних казок має сенс тоді, коли дитині, підлітку або дорослому чимось не подобається сюжет, деякий поворот подій, ситуацій, кінець казки і т.д.; 4) *пост ановка казок за*

*ДОПОМОГОЮ ЛЯЛЬОК* – допомагає клієнту самостійно коректувати свої рухи і робити поведінку ляльки максимально виразною. Робота з ляльками дозволяє вдосконалювати і проявляти через ляльку ті емоції, які зазвичай клієнт за певних причин не може собі дозволити проявити; 5) *ст ворення казок*.

**Лялькотерапія** – метод, що заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленим героєм мультфільму, казки, з улюбленою іграшкою. Як основний прийом корекційної дії лялька використовується як проміжний об'єкт взаємодії дитини і дорослого (психолога, вихователя, батька). Лялькотерапія широко використовується для вирішення інтра- та інтерперсональних конфліктів, покращення соціальної адаптації, при корекційній роботі зі страхами, заїканням, порушеннями поведінки, а також для роботи з дітьми, які мають емоційну травму. Улюблена іграшка бере участь в постановці спектаклю, із травмуючим сюжетом, в якому дитина, потрапляючи в страшну історію, успішно її долає. По мірі розгортання сюжету емоційне напруження дитини наростає і, досягнувши максимального вираження змінюється за допомогою бурхливих поведінкових емоційних реакцій (плач, сміх і т.д.) і зняття нервово-психічного напруження [8].

Гра з лялькою – це той реальний світ, в якому живе дитина. Лялькотерапія дозволяє об'єднати інтереси дитини і корекційні завдання психолога, дає можливість найприроднішого і безболісного втручання дорослого в психіку дитини з метою її корекції або психопрофілактики. Використовується цей метод в цілях профілактики дезадаптивної поведінки. Корекція протестної, опозиційної, демонстративної поведінки досягається за допомогою розігрування на ляльках в парі з батьками або однолітками типових конфліктних життєвих ситуацій. У цілому процес лялькотерапії проходить в два етапи [8]:

– виготовлення ляльок. Процес виготовлення ляльок є корекційним. Захоплюючись процесом виготовлення ляльок, діти стають спокійнішими, більш врівноваженими. Під час роботи в них розвивається довільність психічних процесів, з'являються навички концентрації уваги, посидючості, розвивається увага;

– використання ляльок для відреагування значущих емоційних станів. Оживляючи ляльку, дитина бачить, що кожен її рух негайно відображається на поведінці ляльки. Таким чином, дитина отримує оперативний недирективний зворотній зв'язок на свої дії. Це

допомагає їй самостійно коректувати свої рухи і робити поведінку ляльки максимально виразною.

### 18.3. Техніки арт-терапії

Техніки арт-терапії передбачають використання різноманітних вправ, використання яких залежить від спрямування психотерапевтичного впливу.

**Вправа “Дзеркало”** має два варіанти виконання. Перший передбачає, що один клієнт виконує роль лідера, другий клієнт – той хто підкоряється. Задача останнього – найточніше повторювати рухи лідера, із збереженням такого самого темпу. Після обговорення партнерами почуттів і переживань відбувається обмін ролями. В кінці вправи з’ясовується, у якій ролі кожен із учасників відчував себе більш впевнено, більш комфортно і т.д.

Другий варіант передбачає використання тактильного контакту рук. Учасникам необхідно встати один навпроти одного, доторкнутися кінчиками пальців і спробувати здійснити синхронні рухи руками. Далі обговорюється, наскільки гармонійними були дії кожного учасника у парі, чи проявлялися у цій вправі лідерські позиції. Повторюючи дану вправу тактильний контакт можна посилити (з’єднати долоні) [7, с. 503].

**Вправа “Малювання у повітрі”.** Розмашисті рухи уявного пензля по “полотну картини” (у повітрі) повинні поступово переходити у маленькі мазки, штрихи, що розвивають тонку моторику пальців. Вправа може виконуватися у парах і в загальному колі. Якщо вправа виконується у колі, то характер і темп рухів задається арт-терапевтом, а потім, за бажанням, й іншими учасниками групи [7, с. 503].

**Вправа “Сліпий – поводитир”.** Задача “сліпого” – закрити очі й знайти у групі “поводиря”. Для цього слід рухатися у приміщенні із закритими очима у цілковитій тиші. Перший, з ким зіштовхнеться “сліпий”, і стане його “поводирем”. Він вестиме “сліпого” приміщенням, надаючи йому можливість познайомитися із оточуючим простором. Головною у цьому процесі виступає вербальна взаємодія між обома учасниками вправи. Слід відзначити, що вибір “поводиря” може бути свідомим, якщо всі учасники групи розділяться на пари за взаємною згодою. Проте для порівняння

відчуттів корисно повторювати дану вправу з іншим “поводирем”. Після зміни ролей і повторення вправи у різноманітних варіантах учасники спочатку у парах, а потім у групі обговорюють все що відбувалося під час виконання вправи [7, с. 503-504].

**Вправа “Плутанина”** виявляє ступінь групової згуртованості і налаштовує учасників на взаємодію. Найкраще цю вправу використовувати на першому чи останньому занятті. Її слід починати у парах, де учасникам пропонується спільно створити на підлозі 5 точок опори (наприклад, чотири точки опори – це ноги двох учасників, п’ята – поєднання двох рук), потім – 6, 7. Подальший “розігрів” продовжується у малих групах із шести людей. Вони також об’єднуються і створюють від чотирьох до п’ятнадцяти і більше точок опори на підлозі. Після цього всім учасникам пропонується встати, як можна щільніше, у центрі умовного кола, закрити очі і підняти догори дві руки. Однією рукою потрібно на дотик знайти пару, а інша рука залишається вільною. Потім арт-терапевт поєднує вільні руки таким чином, щоб утворилася “плутанина”. Учасникам групи потрібно розплутатися і утворити загальне коло, не розриваючи “зв’язки” один з одним [7, с. 504].

**Вправа “Прогулянка...”**. Учасникам пропонується прогулянка просторами книжного листка, не порушуючи поля і межі. За сигналом арт-терапевта всі учасники повинні завмерти. Потім обговорюється те, хто в якій частині листка знаходиться. При повторюванні вправи можна порадити учасникам – “буквам” об’єднатися у слова, імена і т.д. “Прогулянка” може бути вільною, коли клієнту пропонується просто відчути своє тіло при виконанні різноманітних (плавних і різких, повільних й швидких) рухів у певному просторі кімнати. Ця вправа поступово ускладнюється (наприклад, продовжуючи прогулянку учасники повинні імітувати зустріч, змінювати свій напрямок (присідати, підпригукати і т.д.) після кожної зустрічі [7, с. 505].

**Вправа “Індивідуальне малювання”** стимулює усвідомлення відчуттів, творчість й допомагає членам групи краще познайомитися один з одним. Ця вправа є досить ефективною на початку заняття.

Кожному учаснику надається велика кількість паперу і кольорових олівців (фарби, глини). Арт-терапевт пропонує протягом однієї-двох хвилин усвідомити актуальні відчуття і почуття. Учасники вільні малювати (символічно виражати) будь-що, те що приходить в голову, із одночасним коментуванням власних відчуттів.

Коли всі учасники завершать вправу, група може поділитися враженнями про кожен малюнок, але не оцінювати його [7, с. 505].

**Вправа “Створення групової фрески”** є однією із найбільш уживаних, де учасники групи або малюють все що хочуть на загальній картині, або домальовують на ній що-небудь, відповідно до теми, яку вибрала група. Психотерапевт заохочує учасників групи до коментування своїх малюнків, задля посилення групової взаємодії [7, с. 506].

**Вправа “Групове малювання колом”.** На папері необхідно намалювати невігадливу картину чи прості кольорові плями, а потім передати естафету іншому учаснику, щоб той її продовжив. У результаті кожен малюнок повертається до свого першого автора. По закінченню завдання обговорюється першочерговий замисел картини, учасники діляться своїми відчуттями. Із колективних малюнків можна створити виставку, яка певний час нагадуватиме про колективну роботу у “чужому просторі” [7, с. 505].

**Вправа “Малювання із партнером”** допомагає дослідити міжособистісну взаємодію й конфлікти. Учасник групи обирає партнера. Вони беруть кілька кольорових олівців й кладуть між собою великий листок паперу. Потім пильно вдивляються у вічі один одного й починають спонтанне малювання. Їм дозволяється спілкуватися між собою лише за допомогою ліній, форм і кольорів. По закінченню малювання, партнери обмінюються враженнями про те, що відбувалося під час виконання вправи і які емоції у них викликає малюнок партнера [7, с. 507].

**Вправа “Створення світу з глини”** досліджує ціннісні орієнтації, взаємостосунки співпраці і суперництва учасників групи. Кожен учасник отримує великий кусок глини. Група ділиться на підгрупи з 5-8 осіб. Кожному учаснику підгрупи за допомогою глини пропонується із закритими очима виразити (створити скульптуру) свої думки і почуття. Потім скульптура розміщується на столі, спільному для учасників підгрупи. Всі учасники підгрупи повинні спільно, з відкритими очима, створити цілісний світ із своїх скульптур. Якщо в цьому процесі в учасників виникають певні почуття до “співавторів”, то їх (почуття) можна виразити за допомогою слів або глини. По закінченню вправи учасники діляться своїми враженнями один з одним [7, с. 507].

## 18.4. Результат психотерапевтичного впливу

Для оцінки психотерапевтичних результатів в арт-терапії використовуються такі показники, як [12]:

- просторові характеристики малюнку, стійкість його образу;
- зміни при виборі кольорів;
- візуально фіксовані особливості поведінки;
- формально-стилістичні особливості малюнку (зміна тематичного наповнення, змісту і насиченості образів, авторської манери виконання арт-терапевтичного об'єкту).

У цілому в процесі арт-терапії у клієнта покращується психологічне здоров'я: змінюється ставлення клієнта до власного минулого травматичного досвіду, переживань і хвороб, покращується функціональний стан, коректуються міжособистісні стосунки, підвищується рівень самоактуалізуючих характеристик й групової мотивації, відбувається усвідомлення і прийняття багатообразності власного "Я", змінюються суб'єктивні образи самого себе і ставлення до оточуючого середовища, укріплюється "Я-концепція". Досягнутий психотерапевтичний ефект виражається й в упорядкуванні психосоматичних процесів, у клієнта покращується не лише загальний фізичний і психічний (психологічний) стан, а також зникає психосоматичне порушення [7, с 497].

### Висновки

Арт-терапія – поліфункціональний метод психокорекційної, групової роботи, що сприяє змінам і розвитку індивідуально-психологічних особливостей і особливостей міжособистісних стосунків клієнта. Вона може використовуватися в цілях психодіагностики, психопрофілактики, психокорекції й навчання.

Інтерес до арт-терапевтичних методів відображає потребу сучасної людини в більш природних, комплексних способах лікування і гармонізації, в яких рівну роль відіграють розум і відчуття, тіло і дух, чоловічі і жіночі якості, здібність до інтроспективної та активної діяльності.

Можна виділити загальні характеристики арт-терапії, які вирізняють її від інших психотерапевтичних напрямків:



– практично кожна людина (незалежно від свого віку, культурного досвіду і соціального статусу) може брати участь в арт-терапевтичній роботі;

– арт-терапія є засобом переважно невербального спілкування. Це робить її особливо цінною для тих клієнтів, які недостатньо добре володіють мовою, важко описують свої переживання за допомогою слів, або, навпаки, надмірно пов'язані із мовним спілкуванням;

– образотворча діяльність є могутнім засобом зближення людей, своєрідним “мостом” між фахівцем (психотерапевтом, психологом, педагогом і т. д.) і клієнтом;

– образотворча діяльність у багатьох випадках дозволяє обходити цензуру свідомості, тому надає унікальну можливість для дослідження несвідомих процесів, вираження та актуалізації латентних ідей і станів, тих соціальних ролей і форм поведінки, які знаходяться у витісненому вигляді або слабо проявляються в повсякденному житті;

– арт-терапія є засобом вільного самовираження і самопізнання. Вона має інсайт-орієнтований характер; припускає атмосферу довіри, високої толерантності та уваги до внутрішнього світу людини;

– продукти образотворчої творчості є об'єктивним свідченням настрою і думок людини, яке дозволяє використовувати їх для ретроспективної, динамічної оцінки стану, проведення відповідних досліджень і співставлень;

– арт-терапевтична робота у більшості випадків викликає у людей позитивні емоції, допомагає подолати апатію і безініціативність, сформуванню активнішу життєву позицію;

– арт-терапія заснована на мобілізації творчого потенціалу людини, внутрішніх механізмів саморегуляції і зцілення. Вона відповідає фундаментальній потребі в самоактуалізації – розкритті широкого спектру можливостей людини і ствердженні нею свого індивідуально-неповторного способу буття-в-світі.

### **Питання для самоконтролю**

1. Дайте визначення поняття арт-терапія.
2. Історія розвитку арт-терапії.
3. Яка мета арт-терапії?

4. Назвіть основні завдання арт-терапії.
5. Перерахуйте форми арт-терапії.
6. Обґрунтуйте основні процедури арт-терапії.
7. Розмежуйте основні види арт-терапії.
8. Основні техніки арт-терапії.

## Література

1. Арт-терапия / [сост. и общ. ред. А. И. Копытина.] – СПб. : Питер, 2001. – 320 с.
2. Арт-терапия в эпоху постмодерна / [сост. и общ. ред. А. И. Копытина.] – СПб. : Питер ; Семантика, 2002. – 224 с.
3. Грегг М. Тайный мир рисунка / Грегг М. ; пер. с англ. – СПб. : Демитро, 2003. – 176 с.
4. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Игры в сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко. – СПб. : Речь, 2006. – 208 с.
5. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии / Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. – СПб. : Златоуст, 1998. – 352 с.
6. Копытин А.И. Техники телесно-ориентированой арт-терапии / А. И. Копытин, Б. Корт. – М. : Психотерапия, 2011. – 128 с.
7. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога / Малкина-Пых И. Г. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.
8. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
9. Практика сказкотерапии / под ред. Н. А. Сакович. – СПб. : Речь, 2004. – 224 с.
10. Практикум по арт-терапии / под ред. А. И. Копытина. – СПб. : Питер, 2001. – 448 с.
11. Психотерапия : учеб. [для студ. мед. вузов] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 536 с. – (Национальная медицинская библиотека).
12. Пурнис Н. Е. Арт-терапия в психологическом сопровождении персонала / Пурнис Н. Е. – СПб. : Речь, 2008. – 158 с.
13. Рудестам К. Групповая психотерапия / Рудестам К. – [2-е изд.]. – СПб. : Питер, 2006. – 384 с. – (Золотой фонд психотерапии).

14. Уайтекер П. Движение, импровизация и телесные ощущения в арт-терапии: арт-терапия в эпоху постмодерна / Уайтекер П. ; под ред. А. И. Копытина. – СПб. : Речь, Семантика-С, 2002. – С. 85–104.
15. Штейнхардт Л. Юнгианская песочная психотерапия / Штейнхардт Л. – СПб. : Питер, 2001. – 320 с.
16. Wadeson H. Art Therapy Practice: Innovative Approaches with Diverse Populations / Wadeson H. – New York: John Wiley & Sons, 2000.

## РОЗДІЛ 19. СІМЕЙНА ПСИХОТЕРАПІЯ

### 19.1. Суть сімейної психотерапії

**Сімейна психотерапія** – це особливий вид психотерапії, який спрямований на корекцію міжособистісних стосунків; модифікацію стосунків між членами сім'ї, як системи, за допомогою психотерапевтичних й психокорекційних методів з метою подолання негативної психологічної симптоматики і підвищення функціональності сімейної системи [4, с. 578]. **Мета** сімейної психотерапії передбачає усунення емоційних розладів в сім'ї, або найбільш виражені розлади в одного із членів родини (В. К. Мягер, Т. М. Мішина) [6].

У сімейній психотерапії психологічні симптоми і проблеми розглядаються як результат неоптимальних, дисфункційних стосунків членів сім'ї. Сімейна психотерапія реалізує інтерперсональний підхід щодо вирішення проблеми, і задача психотерапевта, відповідно, полягає в тому, щоб змінити за допомогою відповідних впливів сімейну систему у цілому [4, с. 578].

В останній чверті XIX ст. виникло вчення про сімейну діагностику і сімейне лікування (І. В. Маляревський, Z. Smith) різних психічних розладів. Справжнім основоположником сімейної психотерапії у Росії і одним з перших в світі був І. В. Маляревський. У 1882 р. в м. Санкт-Петербург він заснував лікарсько-виховний заклад для психічно хворих дітей і підлітків, персонал якого приділяв велику увагу діагностиці взаємин в сім'ях психічно хворих, ролі дисгармонійного виховання у формуванні тих або інших проявів душевних хвороб. З родичами хворих дітей проводилося сімейне виховання – прообраз сучасної сімейної психотерапії [7].

Потреба суспільства в сімейній психотерапії зростала у всіх країнах світу, особливо починаючи з середини 40-х рр. XX ст., після завершення Другої світової війни, а в СРСР – в 70-х рр. і після 1990 р. У даний час виділяють декілька основних напрямів сімейної психотерапії [7]:

– психодинамічна (С. М. Бабін, В. Д. Мягер, Т. М. Мішина, І. Б. Трегубов, N. W. Ackermann, P. F. Franklin);

– системна і стратегічна (Е. Г. Ейдеміллер, С. І. Чаєва, J. Haley, S. Minuchin, Н. С. Fishman, M. S Palazzoli).

В ході сімейної психотерапії, тривалість якої може коливатися від кількох тижнів до кількох років, виділяють ряд етапів. Тривалість сімейної психотерапії обумовлюється важкістю психічних розладів у носія симптому, вираженістю міжособистісних конфліктів в сім'ї, мотивацією членів сім'ї до досягнення терапевтичних змін. Найчастіше в процесі сімейної психотерапії виділяються 4 етапи [7]:

- 1) діагностичний (сімейний діагноз);
- 2) ліквідація сімейного конфлікту;
- 3) реконструктивний;
- 4) підтримуючий.

Під **сімейним діагнозом** розуміється типізація порушених сімейних стосунків із урахуванням індивідуально-особистісних властивостей членів сім'ї і характеристик хвороби одного із них. Діагностика сімейних стосунків здійснюється в процесі приєднання психотерапевта до сімейної групи, який висуває і перевіряє проблемні діагностичні гіпотези. Особливість процедури сімейної діагностики полягає в тому, що вона носить наскрізний характер, тобто супроводжує сімейну психотерапію на всіх етапах і зумовлює вибір психотерапевтичної техніки. Інша особливість діагностики сімейних відносин полягає в стереоскопічному характері. Це означає, що у випадку, якщо інформація про те, що відбувається надходить від одного з членів сім'ї, на односторонніх зустрічах, то вона повинна співставлятися з інформацією від інших членів сім'ї. Також враховується загальне враження психотерапевта на підставі розпитування і спостереження за поведінкою учасників процесу психотерапії ("сім'я очима дитини", "сім'я очима батьків", "сім'я очима психотерапевта", "які ми насправді") [7].

На другому етапі сімейної психотерапії вивчається **кларифікація витоків сімейного конфлікту**, відбувається його ліквідація за допомогою емоційного відреагування кожного члена сім'ї, який залучений в конфлікт, встановлюється адекватний контакт із психотерапевтом. На цьому етапі психотерапевт стимулює учасників конфлікту говорити зрозумілою для всіх мовою. Окрім того, він бере на себе роль посередника і передає інформацію про конфлікт від одного члена сім'ї до іншого. На цій стадії основними є такі психотерапевтичні методи, як недирективна психотерапія, що спрямована в основному на вербалізацію неусвідомлюваних відносин особистості, а також спеціально розроблені методи впливу членів сім'ї один на одного [7].

На етапі реконструкції сімейних відносин здійснюється групове обговорення актуальних сімейних та родинних проблем окремо взятої сім'ї, або тих клієнтів, які мали подібні актуальні сімейні та родинні проблеми. Одним із ефективних методів є рольовий поведінковий тренінг у поєднанні з навчанням правил конструктивної суперечки [7].

На підтримуючому етапі, або етапі фіксації, в природних сімейних умовах закріплюються навички емпатійного спілкування і збільшується діапазон рольової поведінки, набуті на попередніх етапах психотерапії, заслуховуються відповіді щодо динаміки внутрішньо сімейних відносин, проводяться консультації і корекція набутих навичок спілкування стосовно реального життя [7].

Виділення етапів дозволяє структурувати процес сімейної психотерапії, обґрунтовує послідовність застосування тих або інших психотерапевтичних методів залежно від цілей і об'єму діагностичної інформації. За Е. Г. Ейдемільером поняття “етап сімейної психотерапії” і “вибір адекватної психотерапевтичної методики” – взаємозв'язані між собою явища. Найчастіше в сімейній психотерапії застосовуються психотерапевтичні прийоми групової психотерапії, як мовчання, вміння слухати, повторення (резюмування), сумарне повторення, уточнення (прояснення) і відображення емоцій, конфронтація, програвання ролей, створення “живих скульптур”, аналіз цифрових записів [4, с. 583].

Основною теоретичною базою сімейної психотерапії є принцип системності формування сімейних стосунків, тобто взаємодетермінованість окремих особистостей і міжособистісних стосунків, до якої відносяться стиль спілкування, характер взаємодії, тип виховання, з однієї сторони, й особистісні особливості членів сім'ї – з іншої. Сімейна психотерапія є методом який руйнує замкнений, постійно відтворюючий патологічний гомеостатичний цикл і створює конструктивні альтернативи сімейного функціонування [4, с. 583].

Суть сімейної психотерапії заключається у отриманні таких інформативних параметрів сімейної системи, як особливості взаємостосунків членів сім'ї, відкриті і приховані правила сімейного життя, сімейні міфи, сімейні межі, стабілізатори сімейної системи, історія сім'ї. Розглядаючи ці параметри сімейної системи психотерапевт розуміє певну історію становлення сім'ї. Для успішної психотерапевтичної роботи із сім'єю необхідні знання не лише про

сьогоднішній стан справ, який можна описати за допомогою цих параметрів, але й те, яким чином сім'я дійшла до такого стану [4, с. 583].

## 19.2. Напрями сімейної психотерапії

**Школа Упало Алто.** Джей Хейлі, представник цієї школи, вважає, що відносини у родині визначаються результатом боротьби за контроль над іншими членами родини. Симптом – один із способів контролю над поведінкою оточуючих. На думку Дж. Хейлі завдання психотерапії полягає у наданні людям різних можливостей конструктивної взаємодії з близькими та іншими. Лікувальний ефект сімейної психотерапії значно зростає, якщо терапевтичні сесії відвідують усі члени родини. Внеском Дж. Хейлі у сімейну психотерапію стали різноманітні директиви (завдання) членам родини. Такі завдання психотерапевт пропонує виконувати як під час сеансу, так і вдома. Ціль таких завдань передбачає зміну поведінки членів сім'ї; знаходження додаткових стимулів для побудови стосунків між психотерапевтом і членами родини; вивчення реакції членів родини при виконанні завдань; підтримку членів родини під час виконання завдання.

Дж. Хейлі використовував також метафоричні і парадоксальні завдання. Метафоричні завдання будувалися на пошуках аналогій між подіями і вчинками, які на перший погляд можуть видаватися різними. Парадоксальні завдання є інструкціями, які неприйнятні для членів родини, але в той же час змінюють їх поведінку у потрібному для психотерапії напрямку.

Іншою великою фігурою у школі У. Алто був М. Боуен, якого вважають одним із основоположників сімейної системної психотерапії у США. Теорія М. Боуена про системи сім'ї – це теорія про поведінку людини, яка розглядає сім'ю як емоційний елемент і використовує системи, що описують складні взаємовідносини у цьому елементі. Сім'я так глибоко впливає на думки, почуття і дії її членів, що дуже часто здається, наче люди живуть під одним "емоційним дахом". Людям потрібна увага, схвалення, підтримка, а також відреагування на потреби, очікування і кризи. Взаємозв'язок і здатність реагувати роблять функціонування членів сім'ї взаємозалежним. Зміна в функціонуванні однієї людини обов'язково

призводить до відповідних змін у функціонуванні інших. Емоційна взаємозалежність є різною у різних сім'ях, але вона завжди присутня тією чи іншою мірою.

М. Боуен сформулював власну теорію і виділив **вісім взаємопов'язаних концептів**. Для цього він використовував системи мислення, щоб поєднати знання людини, як продукту еволюції, зі знаннями дослідження сім'ї. Основним припущенням М. Боуена є те, що емоційна система, яка розвивалася кілька мільярдів років, керує системами стосунків людей. Люди мають “розум”, мову, складну психологію і культуру, але вони все ще роблять ті ж самі примітивні речі, що й інші форми життя. Емоційна система впливає на людську діяльність і є основною рушійною силою в розвитку клінічних проблем. Знання того, як емоційна система працює в сім'ї, на роботі, і в соціумі відкриває нові, більш ефективні способи вирішення проблем у кожній із цих сфер.

До вісьми, розроблених М. Боуеном взаємопов'язаних концептів входять [9]:

**1. Трикутники чи триангуляція** – це система стосунків між трьома людьми. Вона вважається цеглиною, або “молекулою” більших емоційних систем, оскільки трикутник є найменшою стійкою системою стосунків. Система з двох людей нестійка, тому при невеликій напрузі, яку двоє людей можуть не витримати, вони включають третю особу. Поширення напруги може стабілізувати систему, але це не вирішить проблеми. Дії людини у трикутнику відображають її почуття до інших людей, її реакцію на занадто велику інтенсивність цих почуттів, і те, чію сторону вона приймає під час конфліктів. Хоча трикутник стабільніший, ніж пара, проте він створює елемент “третього зайвого” (аутсайдера), який є дуже неприємним для будь-якої людини. Ролі в трикутнику змінюються із збільшенням напруги. У періоди спокою дві людини є близькими, тобто “своїми”, а третя перебуває у незручній позиції “чужого” (аутсайдера). “Свої” постійно віддаляються від чужого, а “чужий” намагається наблизитись до одного із них. У трикутнику “аутсайдер” завжди хтось почувається незручно і намагається це змінити. “Свої” зміцнюють зв'язки між собою, віддаючи перевагу один одному і забуваючи про “аутсайдера”. Вийти із процесу триангуляції означає зрозуміти особливості взаємин у трикутнику і цей процес М. Боуен назвав детриангуляція.



**2. Диференціація “Я”** - є основною в концепції М. Боуена. Сім’ї та інші соціальні групи надзвичайно сильно впливають на мислення людей, їхні почуття і поведінку. Проте окремі індивіди відрізняються один від одного своєю сприйнятливістю до групового мислення, а групи відрізняються одна від одної тим тиском, який вони чинять на індивіда. Ці відмінності між індивідами і між групами відображають відмінності у рівнях диференціації “Я”. Чим менше розвинута “особистість” людини, тим більший вплив на неї мають інші люди, і тим більше вона намагається, активно чи пасивно, контролювати інших. Основи для розвитку “самого себе” закладені в людини із народження, але стосунки в сім’ї – у дитинстві та юності – відіграють вирішальну роль у тому, наскільки розвивається “особистість”. Рівень “самого себе”, диференційованого чи не диференційованого від інших, є сформованим і не піддається змінам у дорослої людини. Зміни можуть відбутися лише за тих умов, якщо рівень диференціації “Я” не влаштовує людину і вона робить продуману і цілеспрямовану спробу змінити його.

**3. Емоційна система ядерної сім’ї.** Концепт емоційної системи ядерної сім’ї описує чотири основних типи стосунків, які показують, звідки виникають проблеми у сім’ї. У цих типах стосунків важливу роль відіграє ставлення і переконання людей про самі стосунки, але рушійні сили цих стосунків є частиною емоційної системи. Ці типи функціонують у повних сім’ях; сім’ях, де присутній лише один із батьків; прийомних сім’ях та інших.

1. *Подружній конфлікт.* По мірі збільшення напруги в сім’ї і зростання занепокоєння чоловіка і жінки, кожен із них переносить свою тривогу і неспокій на подружні стосунки. Партнери зосереджують увагу на негативних моментах іншого, кожен намагається контролювати іншого, і кожен опирається цим спробам.

2. *Дисфункція одного із подружжя.* Один із подружжя примушує іншого думати так, як йому хочеться, і той піддається цьому тиску. Обоє пристосовуються один до одного, щоб зберегти гармонію, але один із них робить для цього набагато більше, ніж інший. Для обох взаємозв’язок залишається прийнятним до певної межі, але якщо сімейна напруга продовжує зростати, то той із них, хто перебуває у статусі залежного, втрачає настільки багато самоконтролю, що його занепокоєння починає значною мірою зростати. У випадку присутності інших необхідних факторів це

занепокоєння призводить до виникнення психічної, медичної або соціальної дисфункції.

*3. Погіршення функціонування одного або кількох дітей.* Подружжя концентрує своє занепокоєння на одному або кількох дітях. Вони занадто переживають за свою дитину і, як правило, мають ідеалізоване або негативне уявлення про неї. Чим більше батьки концентруються на дитині, тим більше дитина концентрується на них. Цей процес унеможлиблює розмежування дитини і сім'ї і робить дитину вразливою – дитина посилює сімейну напругу або ж розподіляє її. Переживання дитини можуть призвести до погіршення успіхів у школі, соціальних стосунків та навіть погіршення здоров'я.

*4. Емоційна дистанція або емоційний розрив.* Люди дистанціюються один від одного, щоб послабити напругу у стосунках, тим самим ризикують бути занадто ізольованими. При основних типах стосунків виникає сімейна напруга, яка потім зникає у певних членів сім'ї. Чим більше тривоги поглинає одна особа, тим менше занепокоєння поглинають інші. Це означає, що одні члени сім'ї підтримують своє функціонування за рахунок інших.

**4. Процес проєкції в сім'ї** описує основний шлях, яким батьки передають свої емоційні проблеми дитині. Процес проєкції може погіршити життя однієї дитини або кількох дітей і підвищити їх вразливість до клінічних хвороб. У стосунках з батьками діти переймають від них багато проблем (так само як позитивних моментів), серед яких найбільше впливовими на їх життя є підвищена потреба в увазі і потреба в схваленні; проблеми, пов'язані із очікуваннями; схильність звинувачувати себе самого або інших людей; почуття відповідальності за добробут інших, або переконання у тому, що інші відповідальні за добробут; намагання зменшити напругу даного моменту за допомогою імпульсивних дій; неможливість стримування емоцій і дій. Процес проєктування складається з трьох кроків: (1) батьки приділяють дитині надто багато уваги, боячись, що з нею щось негаразд; (2) батьки вважають, що поведінка дітей підтверджує їх страхи; (3) батьки починають ставитися до дитини таким чином, наче з нею дійсно щось негаразд.

**5. Процес передачі через покоління** показує, як невеликі відмінності у рівні диференціації між батьками і дитиною, а також між братом і сестрою проявляються через багато поколінь. Інформація, яка створює ці відмінності, передається з покоління у покоління через стосунки між людьми. Процес передачі відбувається

на кількох взаємопов'язаних рівнях – від усвідомленого навчання і вивчення інформації до автоматичного і неусвідомленого набуття емоційних реакцій і типів поведінки. Типи інформації, які передаються родовим і генетичним шляхом, взаємодіють між собою, утворюючи “особистість”. Процес передачі через покоління визначає не лише рівень диференціації “самого себе”, але також і те, як людина взаємодіє з іншими. Рівень диференціації “самого себе” може впливати на довголіття, стабільність у шлюбі, репродуктивну функцію, здоров'я, успіхи у навчанні і роботі. Вплив диференціації на всі сфери життя пояснює помітну різницю між способами життя членів сім'ї, що складається з багатьох поколінь. Особи з високим рівнем диференціації мають надзвичайно міцні сім'ї і ведуть активне суспільне життя; особи з низьким рівнем розмежування мають хаотичне особисте життя і залежать від інших людей.

**6. Емоційний розрив або емоційна яма** пояснює поведінку людей, які намагаються розв'язати проблеми зі своїми батьками, братами чи сестрами та іншими членами сім'ї, обмежуючи або ж зовсім розриваючи емоційні контакти з ними. У кожної людини є якісь невирішені проблеми або труднощі, пов'язані з її рідними. Люди з вищим рівнем диференціації менше потерпають від таких проблем, ніж люди з низьким рівнем диференціації. Невирішені проблеми можуть набувати різних форм. Наприклад, (1) людина, перебуваючи в батьківському домі очікує, що батьки прийматимуть рішення за неї, тоді як вона це може зробити самостійно; (2) перебуваючи в близьких стосунках із батьками, людина переживає почуття провини і вважає себе зобов'язаною розв'язувати їх проблеми; (3) людина сердиться із-за того, що її батьки не можуть зрозуміти її і не хочуть підбадьорити її. Невирішена проблема є виною як батьків, так і дорослої вже дитини, але зазвичай люди звинувачують або лише себе, або лише інших.

**7. Позиція дітей або сиблінгова позиція.** Теорія М. Боуена включає дослідження психолога У. Томана, як основу концепту *позиції народження дітей*. Основною ідеєю є те, що особи, котрі ростуть у подібних позиціях у своїх сім'ях, обов'язково мають важливі спільні характеристики. Наприклад, старші брати/сестри схильються до позицій лідерів, тоді як молодші схильні йти за іншими. Характеристики однієї позиції не є “кращими”, ніж характеристики іншої позиції, але вони є додатковими. Дослідження У. Томана показали, що позиції чоловіка і дружини у їх сім'ях

впливають на вірогідність їх розлучення. Наприклад, якщо старший брат меншої сестри одружиться на меншій сестрі старшого брата, у них буде менша вірогідність розлучення, ніж у старшого брата меншого брата, котрий одружиться із старшою сестрою меншої сестри. У першому випадку позиції дітей не є основними; і чоловік, і дружина мають досвід життя із особою протилежної статі. Втім, у другому випадку, позиції дітей виходять на перший план; до того ж, ні чоловік, ні дружина не жили з особами протилежної статі. Старший брат і старша сестра схильні до того, аби сперечатися за те, хто в домі хазяїн; менший брат і менша сестра схильні до того, аби сперечатися за те, хто на кого може покластися. Середні діти виявляють функціональні ознаки старших і менших дітей.

**8. Соціальний емоційний процес.** Кожен концепт у теорії М. Боуена стосується і несімейних груп (трудові і соціальні). Концепт *соціального емоційного процесу* пояснює, як емоційна система керує поведінкою на соціальному рівні, впливаючи на прогресивні і регресивні періоди життя суспільства. М. Боуен вперше виявив паралелі між емоційними системами сім'ї і суспільства, коли досліджував сім'ї, в яких були малолітні злочинці. У таких сім'ях батьки говорили своїй дитині: "Ми будемо любити тебе, незалежно від того, що ти зробиш". Незважаючи на палкі промови про відповідальність та суворі покарання, батьки частіше ідуть на поступки своїм дітям, ніж дотримуються ними ж проголошених принципів. Дитина повстає проти своїх батьків, дуже добре відчуваючи невпевненість їх позицій; відчуває, що її контролюють, і намагається обманути батьків, щоб позбутися цього контролю. "Симптоми" соціального регресу включають ріст злочинності і насильства, підвищений рівень розлучень, схильність до суперечок, велику поляризацію расових груп, недотримання політичними лідерами ними ж проголошених принципів при прийнятті рішень, зловживання наркотиками, поширення банкрутства, загострення уваги на правах людини, а не на її обов'язках.

**Сімейна системна психотерапія** вважається найбільш широко представленим, перспективним, терапевтично ефективним напрямком сімейної терапії. Окрім М. Боуена, яскравими її представниками є (С. Мінухін, М. Сельвіні-Палаццолі. У системній сімейній психотерапії сім'я розглядається як цілісна система, яка прагне до збереження й еволюції сформованих зв'язків. Протягом усього існування сім'я проходить крізь закономірні кризи розвитку

(вступ у шлюб, відділення від батьківських родин, вагітність, народження дитини, вступ дитини в дошкільні / шкільні установи, закінчення школи і вибір власного життєвого шляху, розрив з батьками, вихід батьків на пенсію і т.д.). Саме на цих відрізках свого існування сім'ї стає важко розв'язувати нові проблеми колишніми способами. Перед нею стає необхідність змінювати (ускладнювати) свої пристосувальні реакції. Основні кроки сімейної системної психотерапії виглядають наступним чином: 1) об'єднання психотерапевта з сім'єю, приєднання його до запропонованих родиною структури ролей; 2) формулювання психотерапевтичного запиту; 3) реконструкція сімейних стосунків; 4) завершення психотерапії.

**Сімейна психоаналітична психотерапія.** Метою психоаналітичної сімейної терапії є зміна особистості учасників психотерапії таким чином, щоб вони могли взаємодіяти як цілісні здорові особистості на основі теперішньої реальності, а не на основі неусвідомлених стосунків минулого. У даному напрямку використовуються такі техніки, як конфронтація, кларифікація, інтерпретація, переробка досвіду, покращення комунікативних здібностей, вільні асоціації.

**Стратегічна сімейна психотерапія** ще називається "проблемовирішуючою", "короткотривалою", тому що вона орієнтована на вирішення проблеми (К. Маданес, К. Уітекер, Дж. Хейлі). Психотерапевти цього напрямку не концентруються на особистостях членів родини, а звертають увагу на деталі симптому; досліджують фактори, що забезпечують стійкість проблеми, прагнуть виявити ту поведінку, яка підсилює проблему. Суттю стратегічного підходу є розробка стратегії для вирішення проблем, тому що зміни у сім'ї є важливішими, ніж розуміння причин порушення. Нормально функціонуюча сім'я (родина) – це та, яка уникає симптомів і здатна функціонувати відповідно до вимог мінливих обставин.

**Сімейна поведінкова психотерапія** основним принципом визначає підкріплення поведінки наслідком, тобто патерн поведінки чинить опір змінам у всіх випадках, окрім тих, коли виникають сприятливіші наслідки. Представників цього напрямку цікавить аналіз послідовності вчинків. За основу береться положення про те, що задоволеність у шлюбі значно більшою мірою обумовлена відсутністю взаємних фрустрацій, ніж обсягами наданих один одному задовольень. У даному напрямку використовуються такі техніки:

поведінковий тренінг батьків – підвищення компетентності батьків у питаннях виховання дітей, розпізнавання і модифікація патернів емоційно-поведінкового реагування; формування – досягнення бажаної поведінки невеликими порціями через послідовне підкріплення; жетонна система – використовує гроші як винагороду дітям за успішну поведінку; контрактна система – містить у собі угоду з батьками щодо зміни їхньої поведінки синхронно зі зміною поведінки дитини; обмін змінами за винагороду; переривання – покарання у вигляді ізоляції. Сімейна поведінкова психотерапія є одним із найпопулярніших методів із-за своєї простоти, хоча інколи терапевтичні зміни виявляються однобокими і короткочасними.

**Сімейна комунікативна психотерапія** ставить за мету змінити способи комунікації, чи “свідомі дії з метою змінення погано функціонуючих зразків інтерації”. Основними групами технік сімейної комунікативної психотерапії є: навчання членів родини правилам комунікації, аналіз й інтерпретація способів комунікації в родині, маніпуляція комунікацією у сім’ї за допомогою різних прийомів і правил.

Зазначені нами види сімейної психотерапії мають свою історію, вірування, теорію і практику, які увібрали в себе всю різноманітність людського буття. Кожен із напрямків сімейної психотерапії спрямований на усунення існуючої проблеми, покращення сімейного та індивідуального функціонування використовуючи різноманітні техніки.

### 19.3. Техніки сімейної психотерапії

**Техніка “Циркулярне інтерв’ю”** широко використовується в сімейній психотерапії і є однією із основних. Психотерапевт, по черзі, задає членам сім’ї питання (або особливим способом сформульовані, або одне і те ж), які стосуються наступних тем: з якими очікуваннями прийшла сім’я; як сім’я бачить свою актуальну проблему; яка ситуація в сім’ї на даний час; як раніше сім’я справлялася із труднощами й проблемами; які раніше були способи вирішення проблем; як сім’я взаємодіє з приводу актуальної проблеми; які позитивні сторони має проблема; яким було б життя без проблеми, без симптому; що собою являють існуючі ключові ситуації; яким найгіршим чином ця ситуація може розвиватися; яким чином можна

погіршити дану проблему; як кожен член сім'ї уявляє своє майбутнє з проблемою і без неї. Таке коло запитань потребує двох–трьох зустрічей, після яких сімейний психотерапевт уточнює достовірну системну гіпотезу [4, с. 584].

**Техніка “Позитивне переформулювання”** забезпечує зворотній зв'язок сім'ї після того, як психотерапевт переконався у своїй гіпотезі, що у поточний момент роботи із проблемою. Психотерапевт розповідає сім'ї про те, як він сприйняв зміст сімейної дисфункції. Розповідь психотерапевта будується за певними правилами:

1. Рекомендується зняти тривогу сім'ї за допомогою прийому нормалізації: зміст сімейної дисфункції розглядається в ширшому соціокультурному, віковому, статистичному аспекті. Якщо сімейна дисфункція пов'язана із певним етапом життєвого циклу сім'ї, то психотерапевту корисно повідомити клієнтам про закономірності і поширеність даної дисфункції. Така інформація знімає із членів сім'ї почуття провини і “чарівність” унікальності [4, с. 585].

2. Фокусування на позитивній стороні дисфункції. Будь-яка сімейна дисфункція має позитивну сторону, “працює” як стабілізатор. Психотерапевт може позитивно переформулювати не лише поточний симптом, але й минулі події [4, с. 585].

3. Включення в текст зворотного зв'язку протиріччя чи парадоксу, які необхідні для того, щоб психотерапевт зміг нейтралізувати сімейну ситуацію. Типовими є такі протиріччя чи парадокси: мама хоче, щоб дитина добре вчилася, і робить усе, щоб та позбулася навиків самостійної роботи; подружжя хоче покращити свій шлюб і робить усе можливе, щоб уникати виконання подружніх ролей, боячись їх погіршити; таким чином вони більшою мірою зосереджуються на ролі батьків і продовжують не йти на зближення як шлюбні партнери. Контрпарадокс в цьому випадку був би таким: “Ви так цінуєте свій шлюб і стосунки між собою, що намагаєтесь не спілкуватися, щоб ненароком не зіпсувати те, що є”. Дана вправа дозволяє позитивно переформулювати у сімейній системі будь-який симптом, тому що він забезпечує гомеостаз (саморегуляцію, динамічну рівновагу) системи і в цьому смислі має позитивне значення для сім'ї [4, с. 585].

**Техніка “Припис”** визначає певну поведінку членів сім'ї. Психотерапевт просить членів сім'ї виконувати певні завдання, в основному – конкретні дії. Приписи можуть бути прямими й

парадоксальними. Часто парадоксальні приписи практично неможливо виконати. У таких випадках ціль припису – дати можливість сім'ї подумати і обговорити з психотерапевтом під час прийому, чому даний припис сім'я не може виконати. Наприклад, сім'ї, в якій сімейні ролі є заплутаними і порушені межі підсистем, рекомендується пожити тиждень наступним чином: ніхто не має свого місця для сну; діти лягають спати кожен вечір де хочуть, а батьки – де знайдуть місце. Такі приписи доводять до абсурду хаотичні, неконструктивні звички цієї сім'ї і викликають протест у її членів. На наступній зустрічі із психотерапевтом обговорюються відчуття клієнтів і пропонуються більш конструктивні варіанти устрою життя, розподілу відповідальності й т.д. Прямі приписи, як правило, не викликають протест, тому що на перший погляд є простими для виконання. Наприклад, у сім'ї, в якій не відбувся розподіл ролей і функцій, і в якій основною темою є боротьба за владу й контроль, пропонується припис діяти за часовим параметром: у понеділок, середу і п'ятницю все вирішує чоловік, а дружина і діти йому підкоряються; у вівторок, четвер і суботу все вирішує дружина; в неділю пропонується суперечка між членами сім'ї (як зазвичай). Досвід використання нового ритуалу та обговорення такого досвіду забезпечує терапевтичний ефект [4, с. 586].

**Техніка “Контрконцепція”.** Центральним поняттям сімейної психотерапії є концепція – когнітивна й емоційна структура, яка визначає для людини схему інтерпретації ставлення до себе, до інших людей, до оточення. Сім'ї належить особлива роль у всьому, що стосується концепції. У сімейному колективі типові концепції передаються із покоління в покоління, при взаємодії членів сім'ї формуються нові концепції, які потім засвоюються у повсякденному спілкуванні. Одним із ефективним способів вирішення несприятливої сімейної ситуації є контрконцепція. Психотерапевт пропонує клієнту контрконцепцію його поведінки і стосунків. Форма контрконцепції залежить від обставин: це можуть бути історії із поетичними образами, приказка чи прислів'я в якості рецепту і т.д. [4, с. 587].

**Техніка “Сімейні ролі”.** Психотерапевт пропонує клієнту заповнити анкету “Сімейні ролі” наступним чином: клієнт вписує імена членів сім'ї навпроти запропонованої у анкеті ролі, і відмічає кількістю зірочок (від однієї до трьох) наскільки перелічені ролі є характерними для кожного члена сім'ї. Одна зірочка означає, що дана роль лише інколи стосується клієнта, дві – він робить це доволі часто,



три – це постійна роль. У випадку, коли певна роль є невластивою для сім'ї, або ніколи не виконуються тим чи іншим членом сім'ї, тоді навпроти неї нічого не записується. Якщо ж в сім'ї існують унікальні ролі, які в анкеті не зазначаються, то клієнту пропонується їх дописати й зазначити імена членів сім'ї, а також силу прояву цих ролей. Цю методику можна проводити як індивідуально, так і з усією сім'єю [4, с. 591].

**Техніка “Незакінчені речення”** допомагає видозмінити характер комунікації членів сім'ї, а саме: стимулювати діалог дистанційованих членів сім'ї; структурувати спілкування двох членів сім'ї і зробити його безпечнішим для них; забезпечити однаковий вклад у розмову, стримуючи багатослівного і заохочуючи мовчазного члена сім'ї. Також дана техніка дозволяє дослідити основний зміст взаємних претензій. Під час проведення техніки психотерапевт вибирає двох членів сім'ї, і просить їх розміститися навпроти один одного. Вони по черзі закінчують наступний ряд незакінчених речень: “Мені подобається, що ти...”, “Я засмучуюсь коли ти...”, “Я серджуся коли ти...”, “Я вдячний тобі за...”, “Ми могли б по іншому...”. Емпірично було виявлено, що оптимальною кількістю в такій роботі є закінчення п'яти речень. Члени сім'ї повинні пройти списком 3-4 рази. Зазвичай це не займає багато часу і проходить без сильного супротиву. Усі присутні можуть переконатися, з якою швидкістю виникають негативні почуття і як важко народжуються визнання переваг один одного. Дана техніка може використовуватися самостійно, як розігрів для подальших розмов. Обмеженням щодо її використання може бути малий вік дітей у сім'ї [4, с. 593].

**Техніка “Сімейні правила”** передбачає з'ясування сімейних правил, внесення до них поправок, виявлення прихованих правил. З'ясовуючи сімейні правила, психотерапевт залучає до роботи усіх членів сім'ї і задає запитання: “Які правила зараз діють у вашій сім'ї?” Для виконання цього завдання психотерапевт пропонує вибрати із членів сім'ї секретаря, який би записував правила. Виконання вправи потребує спокійної обстановки, без протиріч і суперечок. Спочатку досліджуються відкриті правила: щодо витрати грошей, виконання домашніх обов'язків і порушення правил. Також психотерапевт допомагає членам сім'ї з'ясувати, як вони розуміють одні і ті ж правила (часто одне правило розуміється по різному), чи розуміють його зміст до кінця [4, с. 594].

По завершенню записування усіх правил, які згадали члени сім'ї, й проясненню усіх непорозумінь психотерапевт допомагає членам сім'ї вирішити, які правила є точним відображенням сімейних цінностей на сьогоднішній день, а які є неактуальними. Потім відбувається обговорення між партнерами, які сімейні правила їм допомагають, а які – заважають, що вони хочуть досягнути за допомогою цих правил, наскільки ефективним буде це досягнення? [5, с. 594]. За допомогою психотерапевта, з'ясовується, що правила можуть бути застарілими, несправедливими, незрозумілими і їх можна змінити. Звертається особлива увага на те, як процес змін відбувається у даній сім'ї, кому дозволяється просити про зміни, хто їх дозволяє здійснювати, чи можна будь-яке рішення змінити у сім'ї? Для поглиблення психотерапевтичного дослідження обговорюються наступні запитання: Як створюються правила у сім'ї? Їх створює одна людина? Це сама старша, тактовна, обмежена, впливова людина? Ви берете ці правила з книг? При виконанні техніки “Сімейні правила” психотерапевт пропонує членам сім'ї також виявити приховані правила. Усім членам родини задаються питання: Що ви можете розповісти про свою сім'ю, що ви думаєте, відчуваєте, бачите, чуєте; про смаки і запахи, які ви відчуваєте? Чи можете ви коментувати лише те, що повинне бути, чи й те, що є насправді? [4, с. 595].

Свободу у коментуванні можна розділити на чотири підгрупи: Що ви можете сказати про те, що ви бачите і чуєте? Кому ви можете сказати? Як ви можете прокоментувати той факт, що ви незгідні з чиеюсь поведінкою і не схвалюєте її? Чи можете ви вільно попросити пояснення, якщо ви не розумієте когось із членів сім'ї? [4, с. 596].

**Техніка “Коло впливу”.** Психотерапевт пропонує клієнту намалювати невелике коло у центрі листка і вписати у його центрі своє ім'я. Навколо кола клієнт записує імена людей, які на його думку вплинули на його дорослішання до 18 років; потім проводить лінії від їхніх імен до свого, зазначаючи силу впливу (товста й коротка лінія – сильний вплив, тонка й довга лінія – малий вплив). Клієнт записує імена людей; їхню роль стосовно себе (мама, тато, друг, учитель і т.д.); прикметник чи коротку фразу, яка допомагає описати, як клієнт переживав цей вплив. По закінченню завдання клієнт записує які емоції він переживав під час виконання [4, с. 604].

## 19.4. Результат психотерапевтичного впливу

Об'єктом сімейної психотерапії є не лише дисгармонійна сім'я, але й сім'я, що переживає кризу. У процесі психотерапії важливо віднайти ресурси сім'ї, можливості й мотивацію до змін. Результатом психотерапевтичного впливу можна вважати досягнення різноманітних цілей сімейної психотерапії: зміну сімейних уявлень (установок, припущень) про актуальну проблему; трансформацію поглядів членів сім'ї на їхню проблему від індивідуально-особистісного до системного підходу; модифікацію проникливості каналів і меж між підсистемами; створення альтернативних моделей вирішення проблеми через пряме або опосередковане втручання; зменшення емоційного залучення членів сім'ї у симптоматичну поведінку одного із її членів; корекцію різноманітних форм ієрархічної невідповідності; переривання дисфункційних стереотипів поведінки, запозичених у батьківській сім'ї; винесення на обговорення важливих "незакінчених справ"; відкриття сімейних секретів; покращення комунікативного стилю між членами сім'ї [7].

### Висновки

Сімейна психотерапія – особливий вид психотерапії, спрямований на корекцію міжособистісних стосунків й усунення емоційних розладів у сім'ї. Це психотерапія клієнта у сім'ї і за допомогою сім'ї.

Сімейна психотерапія виявилася ефективним методом психологічної корекції нервово-психічних та психосоматичних розладів: неврозу, шизофренії, психопатії й акцентуації характеру, алкоголізму, туберкульозу легень, ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда та ін.

Основними механізмами лікувального впливу сімейної психотерапії вважаються емоційна згуртованість й підтримка, зворотній зв'язок, наuczіння (обмін досвідом вирішення проблеми), ідентифікація, інсайт (усвідомлення екзистенціальних аспектів буття), альтруїзм, встановлення конструктивної дистанції, прийняття психотерапевтом "сімейного міфу" й збереження сімейного статус-кво (публічного захисного образу й структури сімейних відносин).

На сьогоднішній день межі між різноманітними методами сімейної психотерапії дещо розмиті. Залишаючись в своїй основі системною, сімейна психотерапія увібрала у себе позитивні моменти структурної, стратегічної, когнітивно-поведінкової психотерапії.

### **Питання для самоконтролю**

1. Розкрийте суть сімейної психотерапії.
2. Яка мета сімейної психотерапії?
3. Назвіть етапи сімейної психотерапії, та розкрийте суть кожного із них.
4. Які ви знаєте основні напрямки сімейної психотерапії?
5. Розкрийте суть восьми концептів теорії М. Боуена.
6. Наведіть приклади психотерапевтичних технік сімейної психотерапії.

### **Література**

1. Алешина Ю. Б. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Алешина Ю. Б. – [2-е изд.]. – М. : Класс, 1999. – 208 с. – (Биб-ка психологии и психотерапии).
2. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта / Бьюдженталь Дж. – СПб. : Питер, 2001. – 304 с. – (Золотой фонд психотерапии).
3. Вайсс Дж. Как работает психотерапия: процесс и техника / Вайсс Дж. ; пер. с англ. А. Б. Образцова. – М. : Класс, 1998. – 240 с. – (Б-ка психологии и психотерапии).
4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / Малкина-Пых И. Г. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.
5. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
7. Психотерапия : учеб. [для студ. мед. вузов] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 536 с. – (Национальная медицинская библиотека).

8. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
9. Kerr M. One Family's Story: A Primer on Bowen Theory / Kerr M. – Washington, : Bowen Center for the Study of the Family Georgetown Family Center, 2004. – 43 p.

## РОЗДІЛ 20. ІНШІ ВИДИ ПСИХОТЕРАПІЇ

### 20.1. Групова психотерапія

**Групова психотерапія** – психотерапевтичний метод, специфіка якого полягає в цілеспрямованому використанні групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємостосунків і взаємодій, яка виникає між учасниками групи, включаючи і групового психотерапевта, в лікувальних цілях [8].

Групова психотерапія не є самостійним напрямом психотерапії, а є лише специфічним методом, при використанні якого основним інструментом психотерапевтичної дії виступає група клієнтів, на відміну від індивідуальної психотерапії, де таким інструментом є лише психотерапевт. Разом з іншими психотерапевтичними методами групова психотерапія застосовується в рамках різних теоретичних напрямків, які і визначають її своєрідність, специфіку: конкретні цілі і завдання, змістовну сторону та інтенсивність процесу, тактику психотерапевта, психотерапевтичні мішені, вибір методичних прийомів та ін. [8].

Як самостійний напрям групова психотерапія виступає лише в тому сенсі, який розглядає клієнта в соціально-психологічному плані, в контексті його взаємостосунків і взаємодії з оточуючими, збільшуючи тим самим межі психотерапевтичного процесу і фокусуючи свою увагу не лише на індивіді але й на його внутрішньо особистісній проблематиці, в сукупності з його реальними взаємостосунками і взаємодією з навколишнім світом [8].

Взаємини і взаємодії, в які вступає клієнт в групі, значною мірою відображають його справжні взаємостосунки, оскільки група виступає як модель реального життя, де клієнт проявляє ті ж відносини, установки, цінності, ті ж способи емоційного реагування і поведінкові реакції. Використання групової динаміки спрямоване на те, щоб кожен учасник мав можливість проявити себе, а також на створення в групі ефективної системи зворотного зв'язку, який дозволяє клієнту адекватніше і глибше зрозуміти самого себе, побачити власні неадекватні відносини і установки, емоційні і поведінкові стереотипи, які проявляються в міжособистісній взаємодії, і змінити їх в атмосфері доброзичливості і взаємного схвалення [8; 9].

Групову психотерапію слід відрізняти від колективної психотерапії. Остання передбачає використання будь-якого психотерапевтичного методу в групі клієнтів (гіпноз, аутогенне тренування, переконання та ін.). В цьому випадку психотерапевт впливає психологічними засобами на велику кількість клієнтів одночасно, проте не використовує систематично в лікувальних цілях ситуації, взаємостосунки і взаємодію, які виникають між клієнтами [8].

Мета і завдання групової психотерапії як методу, орієнтованого на особистісні зміни, певною мірою відрізняються відповідно до теоретичних уявлень про особистість і природу її порушень, проте опора на групову динаміку істотно зближує ці позиції. У найзагальнішому значенні **мета** групової психотерапії визначається як розкриття, аналіз, усвідомлення і переробка проблем клієнта, його внутрішньо особистісних і міжособистісних конфліктів, корекція неадекватних відносин, установок, емоційних і поведінкових стереотипів на основі аналізу і використання міжособистісної взаємодії. Враховуючи три площини очікуваних змін (когнітивну, емоційну і поведінкову), конкретні завдання групової психотерапії можна сформулювати наступним чином [8; 9]:

**1. Пізнавальна сфера** (когнітивний аспект, інтелектуальне усвідомлення). Групова психотерапія повинна сприяти тому, щоб клієнт усвідомив:

- 1) зв'язок між психогенними чинниками і виникненням, розвитком та збереженням свого захворювання;
- 2) які ситуації в групі й реальному житті викликають напругу, тривогу, страх та інші негативні емоції, що провокують появу фіксації і посилення симптоматики;
- 3) зв'язок між негативними емоціями і появою, фіксацією і посиленням симптоматики;
- 4) особливості своєї поведінки й емоційного реагування;
- 5) як він виглядає збоку, як сприймається його поведінка іншими, як його оцінюють;
- 6) існуюче неузгодження між власного Я і сприйняттям себе іншими;
- 7) власні мотиви, потреби, прагнення, відносини, установки, особливості поведінки і емоційного реагування, а також ступінь їх адекватності, реалістичності і конструктивності;
- 8) характерні захисні механізми;

9) внутрішні психологічні проблеми і конфлікти;

10) особливості міжособистісної взаємодії, міжособистісні конфлікти і їх причини;

11) глибші причини переживань, способи реагування, починаючи з дитинства, а також умови і особливості формування системи відносин;

12) власну роль, міру своєї участі у виникненні і збереженні конфліктних і психотравмуючих ситуацій, а також те, яким чином можна було б уникнути їх повторення в майбутньому.

У цілому завдання інтелектуального усвідомлення зводяться до трьох наступних аспектів: усвідомлення зв'язків особистість-ситуація-хвороба, усвідомлення інтерперсонального контексту власної особистості і усвідомлення генетичного (історичного) плану.

**2. Емоційна сфера.** Групова психотерапія повинна допомогти клієнту:

1) отримати емоційну підтримку з боку групи і психотерапевта, що призводить до відчуття власної цінності, ослаблення захисних механізмів, зростання відвертості, активності і спонтанності;

2) пережити в групі ті відчуття, які він часто переживає в реальному житті, відтворити ті емоційні ситуації, які були у нього насправді і з якими раніше він не міг впоратися;

3) пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій;

4) навчитися щирості у ставленні до себе та інших людей;

5) стати більш вільним у вираженні власних негативних і позитивних відчуттів;

6) навчитися більш точно розуміти і вербалізувати свої відчуття;

7) розкрити свої проблеми з відповідними до них переживаннями;

8) модифікувати спосіб переживань, емоційного реагування, самосприйняття і своїх стосунків з іншими;

9) провести емоційну корекцію своїх відносин.

У цілому завдання в емоційній сфері охоплюють наступні основні аспекти: отримання емоційної підтримки і формування більш сприятливого ставлення до себе, безпосереднє переживання нового досвіду в групі і усвідомлення самого себе; точне розпізнавання і вербалізація власних емоцій; повторне переживання і усвідомлення минулого емоційного досвіду і отримання нового емоційного досвіду в групі [7].



**3. Поведінкова сфера.** Групова психотерапія повинна допомогти клієнту:

- 1) побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи;
- 2) набути навички більш щирого, глибокого і вільного спілкування;
- 3) подолати неадекватні форми поведінки, що проявляються в групі, зокрема пов'язані з уникненням суб'єктивно складних ситуацій;
- 4) розвивати форми поведінки, пов'язані із співпрацею, взаємодопомогою, відповідальністю і самостійністю;
- 5) закріпити нові форми поведінки, зокрема, ті, які сприятимуть адекватній адаптації і функціонуванню в реальному житті;
- 6) виробляти і закріплювати адекватні форми поведінки і реагування на основі досягнень в пізнавальній і емоційній сферах.

У загальному вигляді завдання групової психотерапії в поведінковій сфері можуть бути визначені як формування ефективної саморегуляції.

Таким чином, **завдання** групової психотерапії фокусуються на трьох складових самосвідомості: саморозумінні (когнітивний аспект), ставленні до себе і саморегуляції (поведінковий аспект), що дозволяє визначити **загальну мету** групової психотерапії – розширення сфери самосвідомості клієнта [8].

У груповій психотерапії **основним інструментом** лікувальної дії виступає **психотерапевтична група**, що дозволяє вийти на розуміння і корекцію проблем клієнта за рахунок міжособистісної взаємодії, групової динаміки [8].

**Групова динаміка** – сукупність групових дій та інтеракцій, що виникають у результаті взаємостосунків і взаємодії членів групи, їх діяльності і впливу зовнішнього оточення, і є розвитком, або рухом, групи в часовому вимірі. У загальному вигляді групову динаміку визначають цілі, завдання і норми групи, її структура, структура лідерства, групові ролі, згуртованість групи, групова напруга, актуалізація колишнього емоційного досвіду, формування підгруп, головні види вербальної комунікації в групі. Усі елементи групової динаміки обговорюються в процесі роботи, оскільки в них найяскравіше виражається специфіка системи взаємостосунків, установок, особливостей поведінки та ін. [8; 9].

Один з найважливіших **механізмів** лікувальної дії групової психотерапії – виникнення і переживання клієнтом у групі тих

емоційних ситуацій, які були у нього в реальному житті в минулому і були суб'єктивно нерозв'язними і не відредагованими. Цей механізм припускає переробку минулого негативного досвіду, що проявляється в актуальній емоційній ситуації в групі, без якої неможливо досягнути позитивних, достатньо глибинних особистісних змін. В якості основних механізмів також можуть розглядатися корекційний емоційний досвід, конфронтація і навчання [8].

Більшість дослідників процесу групової психотерапії описують певні закономірності розвитку психотерапевтичного процесу в групі, за наявності чітко окреслених фаз. **Фази розвитку психотерапевтичної групи** – це етапи групового процесу, що характеризуються специфічними видами активності і взаємодії учасників групи і виконують різні функції. **Перша фаза** – період утворення групи, співпадає з приходом клієнтів в клініку та їх адаптацією до нових умов. **Друга фаза** характеризується високим рівнем напруги, але, на відміну від першої фази, в якій напруга супроводжується пасивністю клієнтів, тут їхня поведінка стає більш активною, афектно зарядженою, з прихованою або явною агресією до психотерапевта. **Третя фаза** характеризується процесом структуризації групи, консолідації її норм, цілей і цінностей. **Четверта фаза** – є фазою групи, що активно працює, на основі сформованих на попередній фазі згуртованості, зацікавленості учасників один одним, емоційній підтримці, щирості, спонтанності. Усе це створює можливості для розвитку процесу, спрямованого на вирішення власне психотерапевтичних завдань. Цей процес починається із **стадії залежної і пошукової поведінки**, проходить через період виникнення, загострення і вирішення внутрішньо групових конфліктів і просувається до формування групової згуртованості й ефективного вирішення проблем [8; 9].

Важливу роль в груповій психотерапії відіграє поведінка групового психотерапевта, яка значною мірою визначається теоретичною орієнтацією, але в цілому його позиція може бути охарактеризована як недирективна. **Основні завдання** групового психотерапевта можна сформулювати таким чином: 1) спонукання членів групи до прояву стосунків, установок, поведінки, емоційних реакцій і їх обговорення, аналізу, розгляду запропонованих тем; 2) створення в групі умов для повного розкриття клієнтами своїх проблем й емоцій в атмосфері взаємного схвалення, безпеки, підтримки і захисту; 3) розробка і підтримка в групі певних норм,

гнучкість у виборі директивної і недирективної техніки терапії [8; 9; 11].

Успішність групової психотерапії багато в чому залежить від особистості керівника (тренера групи). Керівник групи зазвичай виконує чотири ролі: експерта, каталізатора, диригента (оранжувальник), зразкового учасника. **Експерт** – надає власні інтерпретації, поради, рекомендації, пояснює психологічні й філософські принципи. Як **каталізатор** керівник групи сприяє розвитку подій, так ніби тримає перед групою дзеркало, в якому її члени можуть бачити свою поведінку. Керівник групи ще й **диригент (оранжувальник)** поведінки її членів, намагається полегшити обмін питаннями, почуттями й інформацією між учасниками та допомогти групі у вирішенні її проблем. Керівник групи може також грати роль **зразкового учасника**, активна участь керівника у роботі групи допомагає її членам відчувати повагу до себе й турботу. Займаючи в групі особливе положення, керівник часто стає прикладом для наслідування. Однак, перш за все керівник – це **організатор** роботи групи, він визначає правила взаємодії членів групи, слідкує за виконанням регламенту, визначає групові справи й ставить задачі [5].

**Засоби дії**, які використовує груповий психотерапевт, можна умовно розділити на два види: **вербальні і невербальні**. До вербальних відносяться структуризація ходу занять (одна з найважливіших функцій психотерапевта), збір інформації, інтерпретація (віддзеркалення емоцій, кларифікація, конфронтація, власне інтерпретація), переконання, надання інформації, постановка завдань. До невербальних засобів відносяться міміка, жестикуляція, інтонація [8; 9].

В груповій психотерапії можливою є наявність двох психотерапевтів (котерапевтів), це дозволяє кожному з них отримувати зворотний зв'язок щодо своєї поведінки в групі. У цьому випадку психотерапевти професійно контролюють один одного і можуть звертати увагу на власні перекручування в розумінні групового процесу і можливе контрперенесення. **Котерапевтом** часто виступає менш досвідчений груповий психотерапевт, початківець, який, бере участь у роботі щоб набути необхідний досвід в області групової психотерапії. Ведення груп психотерапевтами, які знаходяться на однаковому професійному рівні, також є досить поширеним явищем. Проте переважаючим варіантом роботи в психотерапевтичній групі є наявність двох психотерапевтів: лікаря і

психолога, чоловіка і жінки [8; 9].

**Методи групової психотерапії** умовно підрозділяються на основні і допоміжні. Основною є групова дискусія, що має 3 головних орієнтації, – інтеракційну, біографічну і тематичну. До допоміжних методів відносяться психодрама (розігрування рольових ситуацій), психогімнастика (невербальна міжособистісна взаємодія), музикотерапія (у активній і рецептивній формах), проєктивний малюнок (малювання на певну тему) [8; 9; 11].

**Тривалість курсу** групової психотерапії залежить від теоретичної орієнтації, нозологічної приналежності і типу лікувальної установи. У середньому це 40 сеансів по 1,5 години кожен. Психотерапевтична група складається з 8–12 осіб і, як правило, гомогенна за нозологічною ознакою і гетерогенна відносно інших характеристик (стать, вік, освіта, психологічні особливості, специфіка психологічного конфлікту та ін.).

Групова психотерапія використовується в комплексному лікуванні найрізноманітніших контингентів хворих (неврози, алкоголізм, наркоманія, психози, психосоматичні розлади, хронічні соматичні захворювання та ін.). Застосування групової психотерапії визначається перш за все роллю психогенних чинників в етіопатогенезі захворювання і його психологічними і соціально-психологічними наслідками [8; 9].

## 20.2. Короткотривала психотерапія

**Короткотривала психотерапія** (short-term, brief, time-limited, immediate therapy) – є одним із напрямів сучасної нової хвилі в психотерапії, центрована на активізації власних ресурсів клієнтів задля вирішення їх проблем. Серед основоположників короткотривалої психотерапії можна виділити S. De, Shazer (США), M. White (Австралія), D. Epston (Нова Зеландія), T. Ahola, B. Furman (Фінляндія) [8; 9].

У короткотривалій психотерапії можна виділити три джерела і три складові частини. Три **джерела** – це установки, досвід системної і стратегічної сімейної психотерапії, психоаналіз. Три складові **частини** – це основні принципи короткотривалої психотерапії:

- 1) опора лише на позитивному в житті клієнта, його ресурсах;
- 2) використання позитивних підкріплень у роботі з клієнтом і

його близьким оточенням;

3) позитивістський (у філософському сенсі) підхід.

**Пошук ресурсів** може бути орієнтований на минуле (“Що раніше допомагало вам долати подібні проблеми?” “Як подібні проблеми вирішували ваші родичі, знайомі?”), на сьогоднішній день (“Що зараз допомагає вам вирішувати проблему, хоча б тимчасово?”) і на майбутнє (“Хто або що могло б вам допомогти у вирішенні проблеми?”) [8].

**Використання лише позитивних підкріплень** у роботі з клієнтом дозволяє розкрити та активізувати позитивні спогади клієнта, інтуїцію і здатність конструктивно фантазувати, зробити доступною його суб’єктивну концепцію здоров’я – хворобу, яку зазвичай клієнти соромляться пред’являти психотерапевту, у зв’язку з її ненауковістю і наївністю.

Позитивістський підхід до психотерапії, принципове надання провідної ролі досвіду та інтуїції клієнта, його близьких і психотерапевтів, свідоме подолання суворих рамок будь-яких психотерапевтичних концепцій дозволяють психотерапевтам вирішити стереотип поетапної лікарської взаємодії з клієнтом (симптоматична діагностика – постановка синдромального і/або нозологічного діагнозу – побудова моделі терапевтичної дії – власне терапевтичні заходи з оцінкою зворотного зв’язку) і розпочати роботу безпосередньо з корекційних заходів, лише в разі неефективності прийомів на когнітивному рівні; аналізувати проблеми клієнта і моделювати терапевтичні дії з урахуванням негативного зворотного зв’язку на первинну дію [8; 9].

**Тривалість курсу** психотерапії (консультування) займає в середньому 3–4 заняття. Тривалість заняття звичайно займає більше години. Перше заняття – часто більше двох годин. Проміжки між заняттями можуть становити від кількох днів до кількох місяців. Таке амбулаторне обслуговування клієнтів здійснюється зазвичай бригадою психотерапевтів. Клієнт може прийти один, але завжди заохочується участь в заняттях родичів або знайомих клієнта [8; 9].

У широкому спектрі системно-сімейних, поведінкових, парадоксальних і метафоричних, навіть дзен-буддистських психотехнік, що використовуються в рамках короткотривалої психотерапії, можна виділити найчастіше вживані **прийоми**.

**Опора на прогрес** – трьох крокова методика активізації саногенних механізмів, атрибутованих суб’єктивною концепцією

здоров'я–хвороби клієнта: “Чи був останнім часом такий період, коли проблема зникла або значно зменшилася?”, “Чи була ремісія? Як ви думаєте чому?”, “Що сприяло ремісії?”, “Що ми всі могли б зробити, щоб закріпити ці механізми?”

**Фантазії про майбутнє** – трьох крокова методика позитивного програмування майбутнього, здоров'я–хвороби, що також базується на суб'єктивній концепції; третій крок (подяки) орієнтований на пряме або парадоксальне посилення співпраці мікросоціального оточення клієнта в подоланні проблеми: 1) Коли ви видужаєте? Коли проблема може вирішитися? 2) Що може цьому сприяти? Пофантазуйте: якби ми вас зустріли через той період часу, про який ви вказали (1), і у вас дійсно було б все гаразд, і якби ми вас запитали тоді: “Що вам допомогло?” – скажіть, то що б ви нам відповіли? Можна повторювати запитання – “Що ще могло б вам допомогти?” Таким чином формується розгорнена саногенна програма, що включає бажану поведінку мікросоціального оточення, фахівців і їх рекомендації. 3) Продумайте, як ви дякуватимете всім людям, включеним у вашу чудову програму, за їх допомогу? Після формування паралельної програми подяк, клієнту пропонується розпочати реалізацію авансом програми подяк [8; 9].

**Ознаки покращення** – переключення уваги клієнта з симптомів хвороби і проявів проблеми на ознаки покращення, непряме посилення саногенних механізмів і механізмів вирішення проблеми: “Що відбувається з вами і у вашому оточенні, коли проблема відсутня?” “Як ми могли б дізнатися, що проблема вирішилася, за якими конкретними ознаками?” [8; 9].

**Проблема як рішення.** Тут ставляться запитання наступного плану: “Чому навчила вас ця проблема?” “Чим вона була для вас корисною?” [8; 9].

**Нова позитивна назва.** Придумайте будь-яку нову назву для своєї проблеми, будь-яке хороше ім'я, щоб ми могли використати його у бесіді [8; 9].

Ці прийоми дозволяють клієнту прийняти свою проблему, відмовитися від конфронтації з нею, яка завела його у безвихідь, і на цій основі клієнт може знайти конструктивне компромісне вирішення власної проблеми [7; 8].

У короткотривалій психотерапії **основні положення** мають наступний вигляд [8; 9]:

1. Причини проблем кожної людини лежать у минулому, але в

її власному досвіді закладені і ресурси для їх вирішення. Кожен клієнт знає вирішення своєї проблеми навіть у тому випадку, коли йому здається, що він не знає.

2. Аналіз причин проблеми супроводжується самозвинувачувальними переживаннями клієнта і звинуваченнями своїх близьких, що не сприяє психотерапевтичній співпраці. Тому конструктивним шляхом тут є виявлення і активізація ресурсів клієнта для вирішення проблеми.

3. Межі будь-якої психотерапевтичної концепції завжди вужчі, ніж індивідуальні особливості і досвід конкретних клієнтів і їх сімей. Концепція, що приймається, може нав'язувати нереалістичні і неефективні рішення через догматичну віру і логічну красу. Інтуїтивний досвід закріплює і підказує лише ефективні рішення.

4. Людина не може звільнитися від усіх хвороб і проблем, але у неї є можливість змінити “чорне” бачення свого життя і світу на більш діалектичний світогляд, а це сприяє подоланню проблем. Конфронтація, боротьба з проблемою в більшості випадків є не ефективною, визнання проблеми – це шлях до компромісного вирішення проблеми.

## Висновки

Специфіка групової психотерапії як лікувального методу полягає в цілеспрямованому використанні в психотерапевтичних цілях групової динаміки (тобто всій сукупності взаємостосунків і взаємодії, які виникають між учасниками групи, включаючи і групового психотерапевта), в лікувальних цілях. Групова психотерапія не є самостійним напрямом в психотерапії, а є лише специфічним методом, при використанні якого основним інструментом психотерапевтичної дії виступає група клієнтів. Разом з іншими психотерапевтичними методами групова психотерапія застосовується в рамках різних теоретичних напрямків, які і визначають її своєрідність, специфіку: конкретні цілі і завдання, змістовну сторону і інтенсивність процесу, тактику психотерапевта, психотерапевтичні мішені, вибір методичних прийомів та ін.

Поняття короткотривалої психотерапії не можна розглядати поза зв'язком з конкретними концептуальними межами: починаючи від короткотривалої психодинамічної психотерапії протягом кількох

місяців до психотерапії однієї зустрічі в рамках поведінкової психотерапії або короткотривалої позитивної психотерапії. В будь-якому випадку враховуються певні часові обмеження в порівнянні з аналогічними класичними формами психотерапії. У груповій психотерапії аналогом короткотривалої психотерапії є марафон.

### **Питання для самоконтролю**

1. Розкрийте суть групової психотерапії.
2. Назвіть мету і завдання групової психотерапії.
3. Опишіть механізми лікувальної дії групової психотерапії.
4. Назвіть фази розвитку психотерапевтичної групи.
5. Яка роль групового психотерапевта?
6. Опишіть методи групової психотерапії
7. Розкрийте суть короткотривалої психотерапії.
8. Яка тривалість курсу короткотривалої психотерапії?
9. Розкрийте суть найчастіше вживаних прийомів короткотривалої психотерапії.

### **Література**

1. Алешина Ю. Б. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Алешина Ю. Б. – [2-е. изд.]. – М. : Класс, 1999. – 208 с. – (Биб-ка психологии и психотерапии).
2. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта / Бьюдженталь Дж. – СПб. : Питер, 2001. – 304 с. – (Золотой фонд психотерапии).
3. Вайсс Дж. Как работает психотерапия: процесс и техника / Вайсс Дж. ; пер. с англ. А. Б. Образцова. – М. : Класс, 1998. – 240 с. – (Б-ка психологии и психотерапии).
4. Кейд Б. Краткосрочная психотерапия / Б. Кейд , В. О'Хэнлон. – М. : Инс-т общегуманитарн. исследований, 2001. – 240 с.
5. Линде Н. Д. Основы современной психотерапии: учеб. пособие [для студ. высш. учеб. заведений] / Линде Н. Д. – М. : Академия, 2002. – 208 с.
6. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие / Осипова А. А. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.



7. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
8. Психотерапия : учеб. [для студ. мед. вузов] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 536 с. – (Национальная медицинская библиотека).
9. Романин А. Н. Основы психотерапии / Романин А. Н. – М. : Академия, 1999. – 208 с.
10. Рудестам К. Групповая психотерапия / Рудестам К. – [2-е изд.]. – СПб. : Питер, 2006. – 384 с. – (Золотой фонд психотерапии).
11. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посібн., модульно-рейтинговий курс / Цимбалюк І. М. – [2-е вид., випр. і доп.]. – К. : Професіонал, 2007. – 544 с.

## Висновки

Описані в нашому навчальному посібнику психотерапевтичні підходи спрямовані на роботу з більш-менш “психологізованим клієнтом”, тобто таким, який може і хоче увійти у свій внутрішній світ, досліджувати його. Це значить, що терапевтичний процес вимагає не лише професійних знань та вмінь психотерапевта, але й достатньо рефлексивного і відповідального клієнта. В іншому випадку психотерапевтичний процес переростає в аутопсихотерапію, у якій терапевт виступає інструктором, учителем, спрямовувачем тощо, а клієнт стає пасивним.

Кожен напрям представленого психотерапевтичного процесу характеризується своєю ідеологією. Недопустимою є спроба відірвати техніку психотерапії від її ідеології, яка явною чи імпліцитною формою представлена в тому чи іншому напрямі. Професіоналізм психотерапевта виявляється не лише в технічно досконалій роботі з клієнтом, але й у розумінні того, куди рухається клієнт, в умінні провести його через небезпечні зони.

Щоб психотерапевтичний процес не призвів до негативних результатів, психотерапевт повинен його контролювати, знаходитися в актуальному процесі клієнта, супроводжувати його і оберігати від можливих небезпек. Саме тому ми ще раз підкреслюємо, що даний навчальний посібник містить той матеріал, який дозволяє лише ознайомитися із сучасними поширеними напрямками психотерапії, їх методами, техніками, мотивами тощо. Знання цих напрямів допоможе студентам зорієнтуватися у виборі майбутньої професійної діяльності. Лишень по завершенню спеціального навчання із терапевтичних напрямів, пройшовши особистісну психотерапію і супервізію, тобто набувши теорії і практики за одним або кількома напрямками, можна приступати до психотерапевтичної роботи із клієнтом.

*Для нотаток*

Навчальне видання

**Мушкевич** Мирослава Іванівна  
**Чагарна** Світлана Євгеніївна

# **ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ**

*Навчальний посібник*

Видання друге

Друкується в авторській редакції  
Технічний редактор І. В. Захарчук

Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Обсяг 24,41 ум. друк. арк., 24,32 обл.-вид. арк.  
Наклад 300 пр. Зам. 29. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк  
(м. Луцьк, вул. Бойка, 1, тел. (0332) 29-90-65).  
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України  
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.