

Л.Ф. КРУПЕЛЬНИЦЬКА

*ПСИХОТЕРАПІЯ
У ПОСТНЕКЛАСИЧНІЙ ПАРАДИГМІ*



Рецензенти:

доктор психол. наук, проф. К.Л. Мілютіна
(Київський національний університет імені Тараса Шевченка),
доктор психол. наук, проф. А.М. Грись
(Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України),
канд. психол. наук, доц. І.А. Слободянюк
(Київський національний університет імені Тараса Шевченка)

Рекомендовано до друку вченою радою факультету психології
(протокол № 14 від 30 червня 2022 року)

У навчальному посібнику подано огляд ключових рис постнекласичної психології та особливостей психологічної практики у дзеркалі постнекласичної раціональності, розглянуто основні напрями «постнекласичної» психотерапії, а також наведено відомості щодо сучасних тенденцій наукових досліджень психотерапії.

Призначено для студентів та аспірантів, які навчаються за спеціальністю «Психологія». Може становити інтерес для практикуючих психологів, психотерапевтів, лікарів.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	4
РОЗДІЛ 1. ПОСТНЕКЛАСИЧНА РАЦІОНАЛЬНІСТЬ У ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИЦІ ПСИХОЛОГІЇ	6
1.1. Постнекласична психологія.....	6
1.2. Психологічна практика у дзеркалі постнекласичної раціональності.....	11
1.3. Психотерапія постмодерну та метамодерну.....	15
РОЗДІЛ 2. НАПРЯМИ «ПОСТНЕКЛАСИЧНОЇ» ПСИХОТЕРАПІЇ.....	23
2.1. Наративна психотерапія.....	23
2.2. Короткотермінова терапія, фокусована на рішенні.....	26
2.3. Колабораційна терапія (терапія співробітництва).....	30
2.4. Стосунковий транзактний аналіз.....	37
2.5. Терапія фіксованої ролі.....	40
2.6. Діалектична біхевіоральна терапія.....	45
2.7. Напрями когнітивної терапії, ґрунтовані на концепції mindfulness.....	54
2.7.1. Терапія прийняття та відповідальності.....	56
2.7.2. Ґрунтована на усвідомленні редукція стресу.....	70
2.7.3. Когнітивна терапія, базована на усвідомленні.....	72
2.7.4. Критичні зауваження щодо застосування mindfulness-практик.....	76
2.8. Метакогнітивна терапія.....	78
2.9. Схема-терапія.....	91
2.10. Десенсибілізація та переробка рухом очей.....	105
2.11. Діаналіз.....	113
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПОСТНЕКЛАСИЧНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ НАУКИ.....	128
3.1. Проблема наукових досліджень психотерапії.....	128
3.2. Сучасні тенденції наукових досліджень результатів та ефективності психотерапії.....	142
3.3. Сучасні тенденції наукових досліджень факторів ефективності психотерапії.....	154
ПІСЛЯМОВА.....	166
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	168

ПЕРЕДМОВА

Психотерапія, як і будь-який вид людської діяльності, осмислюється та змінюється з часом. Найбільш концентровано необхідність розмови про психотерапію на сучасному етапі розвитку науки та суспільства можна висловити так: нові часи вимагають нової психотерапії – нове суспільство потребує нової психотерапії. «Нове» у даному випадку не означає, що це суспільство складається з якихось нових людей. Але це означає, що люди знаходяться в нових формах взаємовідносин, мають дещо інші, порівняно з попереднім етапом, культурні орієнтири, ставлять нові питання, розв'язують нові проблеми та винаходять нові способи їх розв'язання.

Розв'язанню проблем та труднощів особистісного й міжособистісного характеру традиційно сприяють різні форми психологічної допомоги, найбільш складною та спеціалізованою з яких є психотерапія.

Якою ж є нова психотерапія? Якщо дивитись на неї крізь призму її залежності від специфіки сучасного етапу розвитку науки, можемо назвати цю нову психотерапію психотерапією у постнекласичній парадигмі. Співвіднесеність психотерапії та науки, залежність певних психотерапевтичних постулатів від наукових відкриттів у відповідному проблемному полі найбільш повно проглядаються саме зараз.

Перші психотерапевтичні підходи оформлювались на основі інтуїтивних знахідок геніальних психотерапевтів, а наукове підтвердження ефективності цих підходів у кращому випадку траплялось набагато пізніше або й не відбувалося зовсім. Ті ж різновиди психотерапевтичної допомоги, які виникають останніми десятиліттями, як правило, спираються на результати певних дослідницьких програм і мають у своїй основі міцне наукове підґрунтя. Для того, щоб переконатись у цьому, достатньо порівняти т.з. три хвилі когнітивно-поведінкової психотерапії. Найновішу, третю хвилю, майже повністю утворюють підходи, які спираються на досягнення когнітивної психології, на наукові факти, які пояснюють процеси обробки інформації, саморегуляції виконавчих функцій, виникнення складних мереж взаємовідношень між стимулами тощо. Перша (поведінкова) та навіть друга (когнітивна) хвилі спирались на наукові дослідження значно меншою мірою.

Крім того, цю нову психотерапію відрізняє виражена тенденція до еклектизму та інтеграції. Її творців та адептів перестають влаштовувати вузькі «шкільні» рамки, в яких дозволено надавати психологічну допомогу лише визначеними класичними методами. Сучасна психотерапія прагне об'єднати всі працюючі засоби, незважаючи на те, у якому підході вони вперше запропоновані, «чийми» вважаються.

Психотерапію у постнекласичній парадигмі вирізняє прагматична орієнтація: її представники більшою мірою орієнтовані не на «теоретичну чистоту», стрункість, монопарадигмальність основ, а на життєздатність ідей, що складають підґрунтя того чи іншого підходу, на дієвість методів, на здатність утримати клієнта/пацієнта у психотерапевтичному процесі протягом часу, достатнього для його особистісних змін та розв'язання психологічних проблем.

Посібник побудований за такою логікою викладу матеріалу: у розділі 1 розглянуто особливості постнекласичної психології загалом та психологічної практики – зокрема; у розділі 2 – основні напрями «постнекласичної» психотерапії; розділ 3 присвячено дослідженням психотерапії на постнекласичному етапі розвитку науки.

РОЗДІЛ 1

ПОСТНЕКЛАСИЧНА РАЦІОНАЛЬНІСТЬ У ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИЦІ ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Постнекласична психологія

В останні десятиліття відбуваються стрімкі зміни в найрізноманітніших сферах життя суспільства. Їх можна розглядати як на макрорівні, рівні суспільних процесів, так і на мікрорівні – рівні окремої особистості. Однак слід зазначити певну неузгодженість між змістом і темпом цих змін і можливостями психології як науки та практичної галузі. Розуміння особливостей і загальних закономірностей становлення психологічних науки та практики на сучасному етапі навряд чи можливе без розуміння процесів, що відбуваються в науці загалом.

Тому логічним буде проведення аналізу в напрямку від розгляду специфіки сучасної науки і соціального контексту, з яким вона співвіднесена, до пошуку закономірностей появи, специфічних форм і змісту психологічних науки та практики.

Психологія в обох її іпостасях повинна відповідати специфіці сучасних суспільства і особистості, встигати за їх розвитком, винаходячи адекватний методологічний інструментарій. В іншому випадку психологи будуть допомагати не нинішнім, а «вчорашнім» людині і суспільству, розглядаючи їх крізь призму застарілих концепцій, користуючись неадекватними методами оцінки та психологічної допомоги.

Гусельцева (2005) виділяє, перш за все, такі виклики сучасності, що постають перед психологією: виклики постмодернізму, постпозитивізму і переходу до інформаційного суспільства.

Виклик постмодернізму охоплює, перш за все, принципи «методологічного сумніву» і «множинності інтерпретацій», вибухові процеси в культурі, мережеву організацію знання, міждисциплінарні дискурси, герменевтичну логіку і повинен враховувати такі методологічні повороти, як наративний, культурологічний і дискурсивний, а також ризик перетворення множинності в хаос.

Виклик постпозитивізму полягає в неможливості вирішення проблеми об'єктивного знання через усвідомлення залежності істини від контексту і перспективи, які є соціально, комунікативно та інтеракційно залежними; у проникненні буденності в академічну психологію.

Виклик переходу до інформаційного суспільства пов'язаний з існуванням «павутини концепцій» і розумінням того, що наукові теорії є ідеальними моделями, що дозволяють наблизитися до розуміння світу, але повнота

картини світу може з'явитися тільки в мережі знань, а також з необхідністю вирішення антиномії методологічних єдності-різноманіття шляхом діалогу.

Теплих (2006) зазначає, що в психології постнекласична концепція предметності ставить на місце науки мистецтво, майстерність; при цьому з'являється потреба в описі нового предмета психології, який почав виокремлюватися. Якщо в теоретичній психології можна констатувати вдалі спроби адекватного осмислення цих викликів, то в сфері психологічної практики слід зазначити значною мірою стихійні процеси, які відповідають певній внутрішній логіці, однак, недостатньо відрефлексовані психологічною наукою.

Сучасний етап розвитку науки вчені позначають терміном «постнекласичний». Цей етап прийшов на зміну некласичному етапу, який, в свою чергу, слідував за класичним. Степін (1999: 632-633) зазначає, що між класичним, некласичним та постнекласичним періодами розвитку науки існують своєрідні містки, і поява нового типу раціональності не виключає попереднього, а лише обмежує сферу його дії.

Татенко (2009) вказує, що хоч історично ці три форми раціональності з'являлися послідовно, на сучасному етапі розвитку психології попередні форми не зникають, а існують поруч з останньою і доцільні в різних дослідницьких і практичних контекстах: класична психологія вивчає прості системи, некласична – складні системи, що саморегулюються, некласична – складні системи, що саморозвиваються і самоорганізуються. Психологічна практика, яка пов'язана саме зі складними системами, що саморозвиваються і самоорганізуються, більше співвідноситься якраз з постнекласичною формою раціональності.

Леонтьєв (2007), розмірковуючи про некласичний вектор у сучасній психології і не ставлячи завдання чіткого розмежування некласичної і постнекласичної перспектив, акцентує увагу, в тому числі, на таких тенденціях: все більше превалювання гуманітарного підходу на противагу природничому; зміна методологічних установок, зокрема, перехід від монолізму до діалізму, від детермінації до самодетермінації, від потенціалізму до екзистенціалізму. Під потенціалізмом розуміються підходи, що зводять розвиток людини до розгортання вроджених потенцій, закладених біологічно, в той час, як в позиції екзистенціалізму постулюється, що людина сама робить вибір напрямку розвитку.

У роботах Татенка постнекласична психологія постає як наука, предметом якої є виявлення можливостей досягнення людиною рівня її автентичного буття. Методологія ж психології, на думку автора (Татенко, 2009: 265-268), починається у тому разі, коли «... руйнуються тотальність і уніфікація, строгий детермінізм і нормативність та дедалі гучніше заявляють про себе поліваріатив, багатоальтернативний «сценарний» підхід, установка на індивідуалізацію». Важливою умовою застосування постнекласичної методології виступає наступне: «... щоб у дослідженні реальності психічної максимально наблизитися до неї, аби побачити усю палітру її кольорів із

їхніми відтінками, відчуті її дихання, живе пульсування, почуті її справжні й найтихіші голоси, не приглушені і не спотворені гучними маршами відірваних від життя та байдужих до нього абстрактних конструктів».

Кочубейник (2010) пропонує для розуміння автентичності особистості замість «метафори відповідності» застосовувати «метафору становлення». Уявлення про справжність, як ступінь відповідності особистості своїй сутності, домінувало в межах сучасного знання, в якому особистість розумілася як «структурно-ієрархізована стабільність в детермінованому світі». Трансформація ж предмета наукового дослідження на початку ХХ століття вивела на перший план такі конструкти, як емерджентність, ентропійність, сингулярність, чим поставила під сумнів дієвість «метафори відповідності». У постмодерністській соціальності, з її типовими рисами, такими, як фрагментованість, колажування, театралізованість, адекватними стають моделі, позбавлені лінійності, однозначності, визначеності, ієрархічності, обмеженості.

Психологія особистості, досягнення якої серед існуючих галузей психології найбільш тісно пов'язані з психологічною практикою, існує в рамках як класичного, так і некласичного та постнекласичного підходів. Титаренко (2014) зазначає, що найпоширенішим в психології особистості сьогодні залишається некласичний підхід, особливо в його екзистенційно-гуманістичному варіанті.

Постнекласична ж особистість розглядається перш за все в рамках наративної, дискурсивної психології та соціального конструктивізму. Серед атрибутивних характеристик постнекласичної особистості автор виділяє наступні риси.

1) *Ідентичність, відмінна від її розуміння в класичному і некласичному підходах.* Постнекласична ідентичність текуча, змінна, принципово незавершена, в той час, як в рамках класичної



Репродукція картини Ремедіос Варо «Магічний політ»

раціональності ідентичність особистості постійна, практично не змінна. Якщо в ракурсі некласичної раціональності ідентичність пов'язана, перш за все, з самореалізацією, досягненням повної згоди особистості з собою і своєю сутністю, то в межах постнекласичної раціональності особистісна ідентифікація бачиться, як така, що відбувається безперервно; усталена ж, фіксована ідентичність перетворюється в перешкоду, оскільки особистість пов'язується з постійними змінами та рухом.

2) *Інше значення автономності.* Життєві світи різних особистостей перетинаються і взаємно проникають одне в одного, а не ізольовані або чітко розмежовані. Відносини необхідні для виникнення і прояву особистості, але тотальна залежність від когось, «розчинення» в особистості іншої людини, як і «злипання» з іншою людиною неприйнятні.

Особистість творить свій простір, однак може змінювати, реконструювати або зовсім залишати його в умовах, що змінилися. Динамічна і змінювана автономність сприяє новим спробам самоідентифікації особистості. У постнекласичній парадигмі психології особистість постає як така, що вміє встановлювати і руйнувати кордони в залежності від актуальних цілей і умов.

3) *Діалогічність особистості.* Діалог набуває особливої важливості у зв'язку з тим, що життєві світи близьких людей знаходяться в безпосередній близькості. У діалозі з іншими людьми, «зі своїми сусідами по екзистенції» особистість проявляє і конструює себе. Діалог стає одним з провідних модусів існування особистості.

4) *Соціальне практикування.* Постнекласична особистість постійно переглядає, переоцінює і змінює свої практики. Саме слово «практики», що застосовується в множині, характеризує сучасні зміни у ставленні до позначуваного ним змісту. Сучасна людина одночасно включена в різні практики.

Одним з центральних методів постнекласичної психології, на думку Ключко (2008), повинен бути транспективний аналіз. Саме він, будучи аналізом динамічним, таким, що враховує «детермінацію майбутнім» та виявляє тенденції в становленні відкритих систем, може розглядатися як адекватний вивченню «самоорганізації в людинорозмірних (таких, що саморозвиваються) системах».

З точки зору Ключко, такий аналіз дозволяє враховувати детермінацію, що йде від загальносистемних психологічних новоутворень. Порівнюючи транспективний аналіз з діалектичним аналізом, який історично йому передував і міститься у ньому в знятому вигляді, вчений зауважує, що діалектичний аналіз передбачає акцент на розвитку, а транспективний – на становленні. Саме установка на становлення дозволяє вивчати специфіку відкритих систем, що самоорганізуються. Діалектична установка джерелом розвитку вважає суперечність, що є основою боротьби старих і нових форм; транспективна установка джерелом становлення передбачає відповідність. Саме принцип відповідності призводить до взаємодії і породження системних якостей і системогенезу.

Постнекласична психологія, втілюючи в собі сутнісні риси постнекласичної раціональності, характеризується урахуванням не тільки методів отримання знань, а й дискурсу, в якому вони отримані; міждисциплінарними зв'язками, тенденцією до мережевої організації знання, парадигмальною толерантністю, герменевтичною орієнтацією досліджень, ставленням до людини і до групи, як до систем, що саморозвиваються і самоорганізуються.



Репродукція картини Ремедіос Варо «Три долі»

Такі її особливості складають основу для вибудовування ідей соціального конструювання реальності і, очевидно, з необхідністю продукують такі ідеї в поле сучасних смислів і завдань. Багато дослідників називають епоху постмодерну часом конструктивізму, маючи на увазі зміщення акценту з вивчення особистісної та соціальної реальності на її *творення*.

Незважаючи на розмивання міждисциплінарних меж і все більше взаємопроникнення різних галузей науки, слід розглянути розвиток ідей соціального конструювання не тільки в психології, але і в близьких до неї галузях, перш за все, у філософії, а також простежити зміни, що відбуваються у контексті загальнонаукових принципів. До важливих змін слід віднести те, що валідність знань поступилася місцем іншому орієнтиру: їх життєздатності (Климчук, 2015). Крім того, у фокус уваги сучасних дослідників стали потрапляти не тільки зміст знань, а й спосіб їх отримання. Більш того, з'явилося нове розуміння процесу появи знань як не отримання, а конструювання. При цьому акцентується значення не тільки об'єкта спостереження, а й спостерігача і зв'язку між ними. Сенси бачаться як відносні й змінювані, спостережувані феномени – залежними від контексту, а процес пізнання і розуміння в цілому – соціальним, індуктивним, герменевтичним і швидше якісним, ніж кількісним. Для конструктивізму характерне фокусування на способах, якими люди і спільноти створюють конструкції реальності, тому він передбачає скепсис щодо людської здатності пізнавати світ безпосередньо, точно і єдино вірним шляхом.

Maoney (2004) бачить філософські джерела конструктивізму в роботах Дж. Віко, І. Канта, А. Шопенгауера, Г. Файхінгера. Філософські передумови конструктивізму містять положення про регуляторне значення ідей в організації досвіду, про особливу роль фантазії і міфів в людській адаптації. Кантівські «категорії» можна розглядати як філософські попередники «конструктів» і «схем», які використовуються в конструктивізмі. За Г. Файхінгером, розум не стільки зображує або відображає реальність, скільки є навігатором в життєвих ситуаціях, а «функціональні фікції» слугують цій меті. Генетична епістемологія Ж. Піаже також безпосередньо пов'язана з цими ідеями. Пізнання в ній розглядається як пошук динамічного балансу між пізнаним і непізнаним.

Raskin (2002) описує конструктивізм як ноуменальний погляд на реальність, «який назавжди відмовляє нам у безпеці виправдання наших вірувань, страхів, ідеологій простим відсиланням до «об'єктивних зовнішніх обставин». Конструктивістська психологія, таким чином, постає як «напрямок, що вивчає процес і спосіб створення людськими істотами систем для осмисленого розуміння свого світу і досвіду» (Климчук, 2015). Оскільки всі смисли відображають лише певну точку зору, жоден зі способів розуміння, створених людьми, не може претендувати на домінування і об'єктивність. На сьогоднішній день існує багато різновидів конструктивізму: епістемологічний, герменевтичний, радикальний, епістемологічно-нейробіологічний, кібернетичний та ін.

1.2. Психологічна практика у дзеркалі постнекласичної раціональності

Для розгляду специфіки психологічної практики в дзеркалі постнекласичної раціональності найбільший інтерес, з нашої точки зору, представляють конструктивізм М.І. Маoney, який зосереджений на проблемах психотерапії і психологічного консультування; психологія особистісних конструктів Дж. Келлі; комунікаційний конструктивізм П. Вацлавік і соціально-конструкціоністські напрямки психотерапії. Деякі дослідники, зокрема, Raskin (2002), відносять до конструктивістських підходів раціонально-емотивну терапію А. Елліса. Слід також зауважити, що сучасні форми психотерапії в т. зв. класичних підходах дуже сильно відрізняються від попередніх їм психотерапевтичних форм, запропонованих батьками-засновниками. Так, наприклад когнітивно-бихевіоральна терапія «третьої хвилі» за багатьма параметрами настільки зблизилася зі своїми колишніми гуманістичними і екзистенційними опонентами, що не завжди можна провести чітку межу між ними.

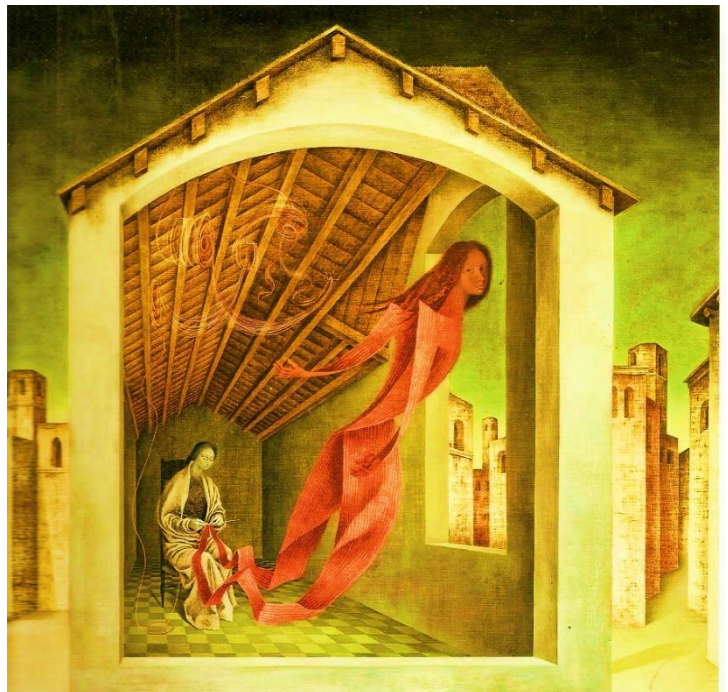
Конструктивізм М.І. Маoney містить 5 основних тем (Климчук, 2015: 29): 1) активна діяльність: люди є активними учасниками свого життя, роблять вибори, які змінюють їх життя; 2) порядок: люди потребують порядку, тому формують свій світ, знаходять патерни і творять смисли; 3) самотність:

особистість – це самореферентний, або ж рекурсивний, процес, а самість – це когерентність поглядів в розвитку, з яких людина черпає досвід і які змінюються в ході взаємодії; 4) соціально-символічна зв'язаність: люди народжуються і живуть у відносинах, їх організація відбувається через соціальні зв'язки і системи символів; 5) розвиток протягом усього життя.

Підстави для віднесення раціонально-емотивної терапії А. Елліса до конструктивістських підходів містяться в ідеї РЕТ, яка може розглядатися як постмодерністська і конструктивістська. Це ідея ефективності демонстрації клієнту того, що його власні абсолютистські погляди призводять до деструктивних почуттів і вчинків, і можливостей у зміні своєї свідомості в бік більшої відкритості і гнучкості.

Психологію особистісних конструктів J.D. Raskin і R.A. Neimeyer вважають одним з класичних наукових конструктивістських підходів, а терапію фіксованої ролі, запропоновану в рамках цього психологічного підходу, розглядають як один з перших конструктивістських підходів у психотерапії. Ідейним центром психології особистісних конструктів є уявлення про організацію людського досвіду в формі системи взаємопов'язаних біполярних смислових конструктів, які використовуються людиною для оцінки та прогнозування як власної поведінки, так і поведінки інших. Згадані конструкти людина винаходить на основі власного досвіду. Вони не є постійними і незмінними, навпаки, ці смислові вимірювання підлягають постійній перевірці на предмет їх адекватності життєвим обставинам.

Ідеї психології особистісних конструктів є конструктивістськими за своєю суттю: передбачається існування різноманітних і змінюваних способів смислового уявлення досвіду. У цьому підході вважається, що не піддаються зміні тільки «ядерні конструкти», що створюються в ранньому віці і є непроникними для рефлексії і змін. Метою розробленого Дж. Келлі методу психотерапії є допомога клієнту в реконструкції його системи конструктів в напрямку її більшої функціональності, відповідності умовам життя і цілям клієнта. Метод передбачає допомогу терапевта в конструюванні клієнтом нової (або оновленої) системи конструктів, яка втілюється в «нарисі



Репродукція картини Ремедіос Варо «Ткаля з Верони»

фіксованої ролі», підтримку клієнта у втіленні нової системи конструктів в реальному житті через програвання сконструйованої ролі.

Особливе місце серед інших варіантів конструктивізму належить комунікаційному конструктивізму Вацлавіка (1998). П. Вацлавік був першим, хто запропонував використання терміна «конструктивізм» в тому сенсі, в якому він використовується в конструктивістських підходах донині. Все, що пише П. Вацлавік про реальність, стосується виключно т. зв. «комунікативної реальності». Реальність крізь призму комунікативного конструктивізму бачиться як продукт людського спілкування. Оскільки в спілкуванні є багато версій, комунікативна реальність також уявляється мультиверсійною. Але ці множинні версії насправді не репрезентують об'єктивну реальність. У процесі комунікації відбувається змішування, по-перше, дійсності з уявленням про дійсність; по-друге, дійсності першого і другого порядку. Дійсність першого порядку, за П. Вацлавіком, це простір фактів, встановлених в рамках спостереження або експерименту і визнаних об'єктивними на основі їх повторюваності. Прикладом «дійсності першого порядку» є фізичні властивості предметів, такі як колір, форма тощо. «Дійсність другого порядку» охоплює значення, смисли і цінності. У цьому просторі немає ніяких об'єктивних критеріїв, він підпорядкований логіці комунікаційних процесів.

Для змін в соціально-психологічній практиці базовим є інший варіант конструктивізму – соціальний конструкціонізм, напрямок, який зосереджений більшою мірою на соціальних і культурних процесах. У варіанті Gergen (2009) соціальний конструкціонізм представлений виходом з рамок епістемології на рівень вивчення особистості, соціально-психологічних феноменів, проблем комунікації та міжгрупових відносин.

Він виділяє 5 спільних позицій, характерних для прихильників ідей соціального конструкціонізму:

- 1) спосіб розуміння світу не заданий нам сам по собі;
- 2) способи, за допомогою яких ми описуємо і пояснюємо світ, є наслідком наших відносин;
- 3) конструкції набувають свою значимість в силу своєї соціальної корисності;
- 4) способи наших описів і пояснень світу визначають і наше майбутнє;
- 5) рефлексія з приводу наших «прийнятих без доказів» світів є життєво необхідною для нашого майбутнього благополуччя.

Отже, особистість крізь призму постнекласичної раціональності має інші психологічні проблеми, у порівнянні з «класичною» і «некласичною» особистістю, а тому вимагає й інших форм і підходів до психологічної допомоги. Що ж це за форми і підходи, і в чому полягає їх специфіка? Психотерапевт і вчений Anderson (2003) виділяє кілька вихідних положень і цінностей, спільних для всіх напрямків соціально-конструкціоністської психотерапії:

- скептичне ставлення до ідей існування об'єктивного знання і універсальних абсолютних істин;

- розуміння знання і соціальної реальності як сконструйованих лінгвістично і соціально, тобто визнання мультиваріативності реальності;
- ставлення до мови як до засобу отримання уявлення про світ, про реальність інших людей, події тощо;
- бачення проблем та їх рішень як існуючих не всередині окремої людини або сім'ї, а як оформлюваних і осмислюваних в контексті відносин, зокрема – в діалогічному контексті;
- уявлення про мету терапії як створення діалогічного контексту і контексту відносин для трансформацій;
- бачення трансформацій як таких, що неминуче виникають в діалозі;
- уявлення про трансформації як такі, що є унікальними для кожного клієнта і учасника терапевтичної бесіди, тому принципово не обумовлені заздалегідь;
- розгляд особистості і «Я», розвитку і активності в якості взаємопов'язаних, спільних і діалогічних, а не внутрішніх, ізольованих і автономних сутностей і процесів;
- визнання множинності людських ідентичностей, що формуються і переформовуються в соціальній взаємодії.

До основних **цінностей** підходів, заснованих на ідеях соціального конструкціонізму, Н. Anderson відносить: непатологічний і незасуджуючий погляд на клієнта; визнання, повагу і використання клієнтської реальності і унікальності; використання історій і метафор; співпрацю за структурою і процесом; відхід від ярликів і обвинувальних класифікацій людей, їх сімей або поведінки; відкритість і прозорість.

Способи концептуалізації особистості, психіки і реальності зумовлюють вибір або формування практичного підходу до психотерапевтичної роботи. В. Milliken визначає психотерапію, з соціально-конструкціоністської точки зору, як спосіб, за допомогою якого наші власні соціальні конструкції розглядаються і удосконалюються раціонально, і відносить до соціально-конструкціоністських такі підходи.

Підхід, орієнтований на рішення проблем (The Solution Focused Therapy), фокусується на створенні рішень, а не на вирішенні проблем. Терапія можливостей (Possibility Therapy) зосереджується на пошуку ідей щодо нових можливостей в напрямку кращої життєвої реалізації. Наративна терапія (The Narrative Therapy) фокусується на деконструкції домінуючих наративів, які не дуже добре слугують людині, і розробці альтернативних наративів, які можуть бути більш корисними. Підхід колаборативної психотерапії (The Collaborative Therapy) ставить в цент уваги використання діалогової бесіди, що генерує нові можливості впливу на наше життя за допомогою мовних засобів. Підхід соціальної терапії (The Social Therapy) використовує методологію, яка створює нові ідентичності через перетворення в контексті імпровізаційної соціальної активності. Підхід транзактного аналізу відносин (The Relational Transactional Analysis (Two-Person Psychology)) фокусується на процесі діалектики відносин як першоджерелі змін.

Neimeyer (2009) додає до цього переліку терапію фіксованої ролі Дж. Келлі (Fixed Role Therapy).

Як бачимо, у зв'язку зі зміною типів наукової раціональності перед психологією стоїть завдання визначення нових підходів не тільки до наукового дослідження, а й до практики, в тому числі, відкриття нових психотерапевтичних напрямків або утворення сучасних форм існуючих підходів (Крупельницька, 2020b).

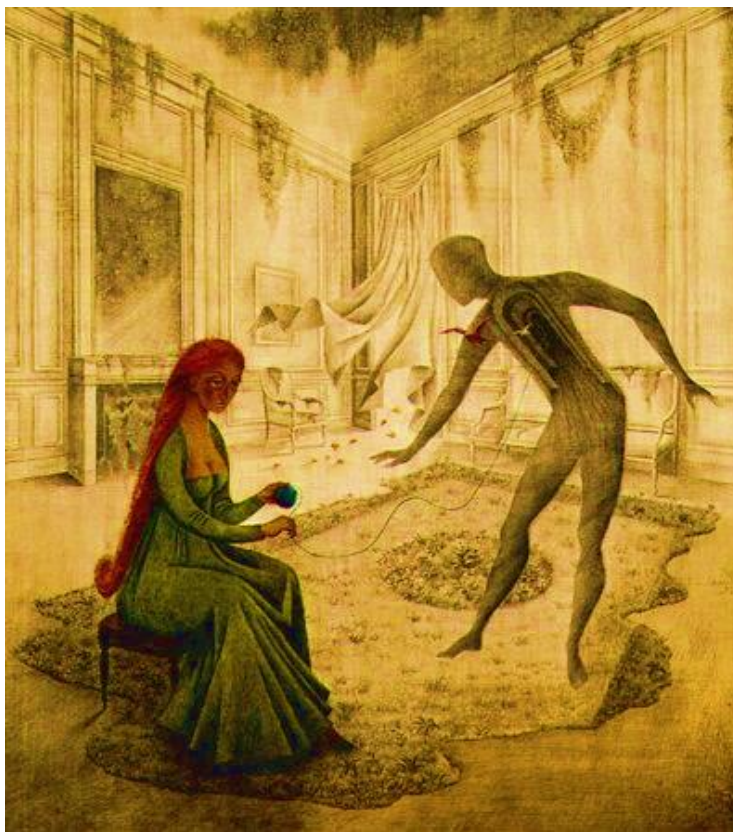
Сучасний етап розвитку психології характеризується домінуванням постнекласичного типу наукової раціональності, який на відміну від класичного і некласичного типів, бере до уваги не тільки об'єкт дослідження (класична раціональність) і співвідношення знань про об'єкт дослідження і характер засобів і операцій діяльності дослідника (некласична раціональність), але і співвідношення між знаннями про об'єкт дослідження і мотиваційно-смысловими і ціннісними структурами, а також стилем, в рамках якого породжені знання (некласична раціональність).

1.3. Психотерапія постмодерну та метамодерну

Як же зазначені тенденції постнекласичної психології відбиваються на виконанні практичних психологічних завдань? Виходячи з основних принципів постмодернізму, А. Blatner сформулював 8 основних завдань психотерапії постмодерну (Blatner).

1. *Зробити творчість основоположною цінністю.* Необхідно розвивати у клієнтів високу оцінку спонтанності та вміння дивитись на проблему "свіжим поглядом", з абсолютно іншої точки зору.

2. *Допомогти клієнтам у створенні "персональної міфології",* тобто сприяти їхній побудові історії їх власного життя з елементами пригод та героїчного епосу. Почуття меншовартості, пов'язане зі ставленням до своїх сімейної, субкультурної приналежності, до розумових чи фізичних можливостей, має бути подолане, і у результаті людина повинна



Репродукція картини Ремедіос Варо «Опаде листя»

“переоформити” власне життя. Вона бере участь у тому, що А. Blatner називає “особистим релігійним паломництвом”, – у своєрідному розширенні психологічних, релігійних та практичних аспектів із врахуванням соціального інтересу. На основі схожості “персональних міфологій” у подальшому люди об’єднуються у спільноти зі схожими ідеалами.

3. *Допомогти клієнтам виробити трансперсональну (таку, що виходить за межі особистості) перспективу як основу світогляду.* Ідеї А. Адлера, К. Юнга, О. Ранка можуть бути синтезовані та осмислені на новому рівні. У соціальному інтересі, який є гарною метою, тим не менш, відсутній необхідний резонанс з основоположною психосоціальною динамікою. Людина обов’язково певною мірою володіє інтуїцією стосовно зв’язку із всезагальною цілісністю світобудови. Якщо людина слідує цій інтуїції, то вона є джерелом глибокого естетичного і пізнавального досвіду, смислового катарсису. Подальша допомога клієнтові у побудові його персональної міфології полягає у віднаходженні у процесі читання, роздумів, бесід з друзями тощо суб’єктивно істинних трансперсональних міфологічних образів.

4. *Допомогти клієнту прийняти плюралістичний образ свого Я.* Метафора “різноманітного Я” використовується для того, щоб відкрити більше можливостей для самовияву особистості через реалізацію різних її сторін, складових, аспектів. Людина може себе виявляти не лише на основі однієї фіксованої ідентифікації через строго визначений набір ролей, а в набагато ширшому діапазоні. Батьківська роль може змінюватися дитячою, серйозність – недбалістю, роль активної людини, яка віддає та одаровує – роллю отримувача та пасивного споживача. Уявлення про єдиний спосіб буття у світі змінюється на уявлення про різноманітні способи буття тієї самої людини, що створює підстави для збагачення особистісного стилю та підвищення здатності до адаптації до різних життєвих ситуацій. Така плюралістична модель дозволяє трансформувати практичні стратегії у різних сферах життя. Внутрішні (особистісні) конфлікти бачаться як такі, що можуть розв’язуватись не нав’язуванням “волі однієї частини Я іншій”, при якому придушена частина з необхідністю прагнучиме знайти непрямий, завуальований, часто – патологічний спосіб вияву, а шляхом “переговорів”. У постмодерному суспільстві людина опиняється під перехресним вогнем безлічі порад, рекомендацій, пропозицій щодо варіантів самореалізації, заробітку та іншого примноження благ. Такий надмір вибору пробуджує різні аспекти особистості, відповідні бажання та прагнення, які отримують імпульс до реалізації. Однак не всі вони можуть бути реалізовані, тим більше – одночасно. Особистість має навчитись визнавати ці “частини Я” (різні особистісні аспекти) саме як часткові, а не цілісні Я, що дасть можливість на них впливати шляхом психологічного опрацювання, розвитку дисципліни відмови тощо.

5. *Допомагати клієнту більше дізнаватись про інші культури.* Це стосується знань про норми та спосіб життя не лише іноземців, але й людей інших статі, сексуальної орієнтації, віку, субкультури тощо. Чужий світогляд,

будучи неупереджено розглянутим, створює підстави для розширення власного світогляду. Властивий культурі модерну ідеал відданості своїм цінностям та способу життя як єдино можливим та вірним стає неактуальним: чужий світогляд, прийнятий на рівних умовах зі своїм, з точки зору не визначеного і сталого минулого, а динамічного теперішнього та невизначеного майбутнього, містить ряд переваг.

6. *Запропонувати еклектичний підхід до психотерапії.* Діагноз у його класичному розумінні перестає відігравати ту роль, яку він відігравав у психотерапії доби модернізму. Клієнти з однаковим “діагнозом”, тим не менш, відрізняються різним набором інтересів, сильних та слабких сторін, які впливають на прогноз змін під впливом психотерапії набагато більше, ніж сам діагноз. Доречно згадати автобіографічну історію хвороби та одужання Арнхільд Лаувенг (“Завтра я завжди була левом”), у якій добре проілюстровано обмеженість підходу до пацієнта психіатричного закладу лише крізь призму його діагнозу. За аналогією з психіатром, який не володіючи всім спектром терапевтичних можливостей, використовує “вузьких спеціалістів” (фізіотерапевтів, дієтологів тощо) для кращого результату лікування, хоча й несе всю повноту відповідальності за процес лікування, Блатнер вказує, що так треба вчиняти і у психотерапії. Тобто психотерапевт, за необхідності, радить своєму клієнтові звернутись також до інших спеціалістів, а не утримує його лише у сфері свого одноосібного впливу.

7. *Допомагати клієнтам розвивати здатність до метапізнання.* Ця здатність не розглядається Блатнером як необхідна умова ефективності психотерапії. Позитивні результати психотерапії можуть досягатися і без цього, і психотерапія здійснюється не заради цього. Клієнт психотерапевта повинен навчитися певним навичкам та усвідомити певні моменти, що сприятиме пом’якшенню симптомів, після чого він житиме самостійно. При цьому зазначається, що у більшості випадків короткотермінова терапія є оптимальною. Однак добре, якщо психотерапевту вдається “посіяти зерна”, які проростуть прагненням клієнта читати, розмовляти з друзями, застосовувати навички самоусвідомлення. Розвиток навичок самопізнання і розвивального міжособистісного спілкування є важливими елементами психотерапевтичної взаємодії.

8. *Висунути формування навичок на передній план психотерапії.* Це стосується не лише згаданих у попередньому пункті навичок, але й навичок гнучкості розуму. Постмодерністське суспільство неможливе без співіснування різних підходів до різних аспектів життя, тому здатність до варіювання кута зору є цінним умінням у сьогоdnішньому різноманітному та динамічному світі, що швидко змінюється. Провідним методом розвитку цієї здатності є рольова гра, у ході якої клієнти можуть час від часу змінювати свої ролі. У цьому процесі вони отримують можливість розглянути ситуацію очима своїх “опонентів”, “зовнішніх спостерігачів” або ж людей з поглядами, відмінними від їхніх. Вони досліджують бачення інших людей ніби зсередини, що уможливорює вилучення з нього якомога більше почуттів, установок,

упереджень. Цей матеріал надалі використовується з метою переоцінки та корекції власних поглядів та установок. Клієнт, систематично беручи участь у таких соціодраматичних рольових іграх, звикає змінювати кут зору, застосовувати і аналізувати різні системи відліку у поглядах на різні ситуації, зрештою використовує набутий досвід для збагачення цілісного процесу пізнання і прийняття відповідальності. На думку А. Блатнера, спосіб мислення, який таким чином розвивається, являє собою необхідну наступну сходинку в еволюції свідомості, так як врівноважує смирення і життєздатність, а також розвиває здатність працювати у групах задля досягнення спільної мети.

Слід зазначити, що категорії і принципи постмодерну і постмодернізму в останні десятиліття не справляються з осмисленням реальності і не встигають за її викликами. З кінця минулого століття починають складатися нові форми в усіх сферах суспільного життя, включаючи науку і мистецтво. Ці форми вже не можуть бути описані ні поняттями модерну, ні поняттями постмодерну. До визначальних рис цих нових форм в мистецтві належать нова щирість, романтизм, пошук автентичності, звернення до архаїки, стирання багатьох меж, які раніше існували (Гребенюк, 2017).

Постмодерна іронія, нівелювання певних позицій, «множинність істин» привели до відчуження, зневіри у що б то не було, несерйозного відношення до всього, відчуття хаосу. Все частіше мистецтвознавці і вчені говорять про глухий кут постмодернізму. Очевидно, все більше формується потреба в подоланні постмодерністської іронії і пошуку «нової серйозності». У сфері мистецтва це завдання розв'язується через пожвавлення романтизму – здобуття «нового романтизму» і пошук «нової архаїки».

Суспільству і окремому індивіду вже набридли іронія, нескінченна деконструкція, процес без відчутних результатів; все більше проявляється орієнтація на окреслені, відносно стійкі форми. Після деконструкції настає період нового конструювання. Знову з'являється запит на стійкі основи, який в сфері наук про людину проявляє себе поверненням високого статусу «нової розумності», «нового індивідуалізму», «нової цілісності».

Отже, з'являються нові виклики і необхідність по-новому відповідати на них. Для позначення нової культурної течії, що зародилася в надрах постмодернізму, обрано термін «метамодернізм». Голландські філософи Т. Вермюлен і Р. ван ден Аккер (Вермюлен, Аккер) так визначають сутність метамодернізму, відзначаючи, що це, перш за все, структура сприйняття, що відображає культурну логіку сучасності: «Метамодерністська структура сприйняття викликає розгойдування між модерністським прагненням до сенсу і постмодерністським сумнівом щодо змісту всього цього, між модерністською щирістю і постмодерністською іронією, між надією і меланхолією, між емпатією і апатією, між єдністю і множинністю, між чистотою і корупцією, між наївністю і досвідченістю, між авторським контролем і загальнодоступністю, між майстерністю і концептуалізмом, між

прагматизмом і утопізмом. Отже, метамодернізм – це розгойдування. Він виявляє себе в динаміці. Але треба бути обережними, щоб не сприймати це розгойдування як якийсь баланс; це скоріше маятник, що розгойдується між численними, незліченними полюсами. Щоразу, коли метамодерністський ентузіазм тягне у бік фанатизму, гравітаційна сила тягне його назад, до іронії; як тільки іронія рухає його у сторону апатії, гравітаційна сила тягне його назад, до ентузіазму».



Репродукція картини Ремедіос Варо «Створення птахів»

Очевидно, що нова культурна і наукова парадигма, що складається, є діалектичним розвитком попереднього етапу або закономірним продовженням його становлення. Відзначимо, що вчені, характеризуючи сутнісні ознаки науки епохи постмодерну, частіше користуються поняттям «постнекласичної науки». Термін «метамодерн» в одних випадках вживається як синонім постпостмодернізму, який з неминучістю виникає в надрах постмодернізму і поступово заперечує його, утворюючи риси нового світогляду, в інших – використовується для позначення нової течії в межах постмодернізму. Сучасні психологи все частіше говорять про формування нових принципів науки, що відбувається в метамодерністській (постпостмодерністській) парадигмі. Зокрема, Фурман (2012) пише про постпостмодернізм, головною ознакою якого є «квазіуніверсалізм як набір інноваційних паростків майбутньої культурно-наукової традиції». А.А. Гребенюк (2017) критично-іронічно подає гасла, що відображають завдання постмодерністської психології, які вона, на його думку, перед собою ставить. Ці позиції він формулює, дискутуючи таким чином із завданнями постмодерністської психотерапії, сформульованими А. Blatner:

«1. У вас є проблема? Вчимося дивитися на неї свіжим поглядом з абсолютно нової чи іншої точки зору. І ось це вже і не проблема!

2. Ви відчуваєте комплекс меншовартості у зв'язку із сімейною атмосферою, субкультурною приналежністю, своїми інтелектуальними або фізичними можливостями? – допоможемо створити “особисту міфологію” з елементами пригоди і героїчного епосу. І взагалі, що значить “Красиво – потворно”? – про смаки не сперечаються. Хто це вирішує, що таке “розумно – нерозумно”? А, може, це навпаки не по-дурному, а дуже розумно. Ми

допоможемо вам зрозуміти, що будь-яке висловлювання, судження існує тільки в своїх власних рамках, і тому все має право.

3. Не можете знайти сенс життя? Допоможемо виробити новий світогляд на основі трансперсональних міфологічних образів.

4. Не можете в собі розібратися? Допоможемо прийняти плюралістичний образ свого “Я” і навчимо, як надавати свободу вираження різних його складових.

5. У вас до цих пір є ідеали і прихильності власним цінностям і способу життя, які не поділяють оточуючі? Ми допоможемо вам зрозуміти, що чужий світогляд має цілий ряд переваг, для чого розкриємо перед вами двері у світ норм і способу життя не тільки іноземців, але і представників протилежної статі, сексуальної орієнтації, віку, субкультурної приналежності тощо.

6. Ви унікальні, а тому ми запропонуємо вам великий асортимент психологічних практик, з урахуванням ваших інтересів, слабкостей, достоїнств і інших особливостей. Якщо таких практик немає – ми їх негайно створимо. Головне, щоб вони вам сподобалися і ви погодилися їх придбати. Адже вам може допомогти тільки те, що ви самі обрали, і те, що вам подобається.

7. Вас турбують ті чи інші симптоми – це від того, що ви так і не навчилися усвідомлювати свої найважливіші проблеми. Для цього ми чекаємо вас на тренінги самопізнання, міжособистісного спілкування та особистісного зростання.

8. Ми допоможемо вам сформулювати здатності, які допоможуть вам вигравати у грі під назвою життя. Допоможемо виховати гнучкість розуму, розвинемо вміння грати різні соціальні ролі, навчимо міняти кут зору, чим допоможемо вам стати щасливими».

Метамодерністську психологію деякі автори пропонують називати метаксі-психологією (від грец. $\mu\epsilon\tau\alpha\chi\acute{\iota}$ – “metaxy”, що означає “рух між та поза протилежних полюсів”; термін взято з платонівського діалогу “Пир”). «Метакса-психологія» коливається між модерністським прагненням до сенсу і постмодерністським сумнівом в сенсі.

На думку Гребенюка (2017), метамодерністська психологія, розгойдуючись між природним і гуманітарним, повинна викликати у людини нові уявлення про свою особистість. Суб'єкт в такому погляді на нього сприймається як цілісна неподільна одиниця, а замість обожнювання гри гідне місце повинен зайняти перформанс, який відмовляється від застосування концептів «хороше» і «погане» по відношенню до складових дійсності, чим позбавляє можливості міняти ці концепти місцями, як це відбувається в постмодерністському способі осягнення реальності і особистості. В результаті перформанс стає непроникним для таких постмодерністських прийомів як розсіювання, деконструкція, проліферація (розмноження конкуруючих теорій) і звільняє психічну реальність від різних «квазі» і «псевдо».

Метамодерністська психологія, з точки зору А.А. Гребенюка, покликана подолати методологічну кризу в психології, викликану розмиванням

психологічної сутності різними контекстами, шляхом знаходження балансу між порядком і хаосом, формою і безформністю тощо. Вона повинна очиститися від тенденцій до антинауковості, поставити завдання вивчення внутрішнього світу «оцифрованої людини» і допомогти їй в адаптації до нових, змінених культурних умов, а також подолати укорінені, але непрацюючі стратегії психології, що виникли під модерністськими і постмодерністськими культурними впливами.

А. А. Гребенюк зазначає, що до нинішнього етапу можна було говорити про три типи ставлення до світу в психології і, відповідно, про три методи здійснення психологічного впливу на сприйняття світу людиною:

- вираз до нього своїх почуттів (гештальт-терапія, клієнт-центрована терапія та ін.);

- конкретизація і кваліфікація того, що має до нього відношення (раціональна, когнітивна терапія та ін.);

- зображення за допомогою метафор, алюзій, символів-образів тощо (терапія, побудована на метафорах, психоаналіз, тілесно-орієнтована психотерапія, позитивна психотерапія та ін.).

Основу терапевтичного потенціалу метамодерністської психології становить формування у клієнта таких здібностей, що відповідають десяти принципам метамодернізму (Abramson, 2015):

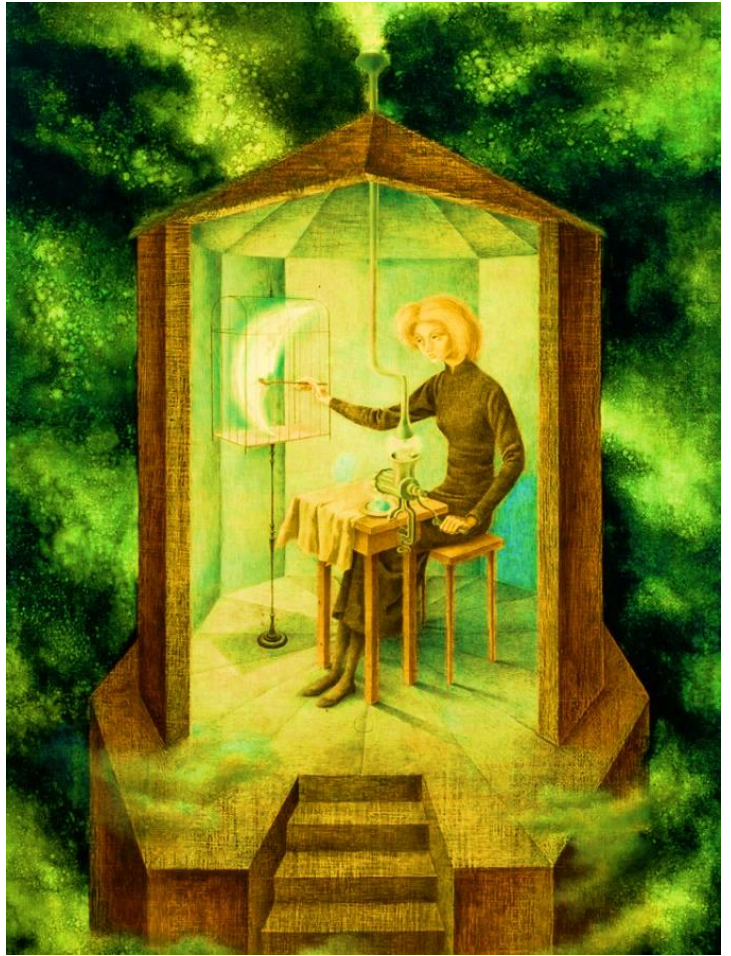
- (1) до одночасного прагнення до істини без відмови від керівництва почуттям віри;

- (2) до “діалогічного” мислення, орієнтованого на створення мотиваційних альянсів поза площиною зіткнень мотивацій;

- (3) до визнання “нормальності” парадоксальності;

- (4) до накладення один на одного феноменів, що протиставляються, з метою їх узгодження;

- (5) до переживання одночасної вираженої віддаленості, і при цьому близькості і швидкої доступності інших людей;



Репродукція картини Ремедіос Варо «Виробник зірок»

- (6) до перемикання суб'єктивних позицій, заради співпраці з іншими людьми, без спроб вип'ячувати свої відмінності з іншою людиною;
- (7) до співпраці, об'єднання зусиль і перспектив з іншими людьми;
- (8) до сприйняття не тільки груп людей, а й кожної окремої людини, завжди в якості множинних реальностей;
- (9) до оптимістичного реагування на будь-яку кризу;
- (10) до радикальної переоцінки традиційних та "історично сформованих" структур, в яких бачиться першочергова причина будь-якої кризи (Гребенюк, 2001).

Набуття таких здібностей дозволяє людині сформувати метамодерністське ставлення до світу, зокрема, бути вільною від неконтрольованих реакцій неприйняття ("алергії") щодо окремих ідей або людей; позитивно і виважено ставитися до будь-якого прогресу; бачити в протилежних переконаннях і різних рівнях розуміння проблем шляхи подолання протиріч; орієнтуватися на відродження трансцендентних і архетипічних наративів; синтезувати очевидні протилежності, знаходити золоту середину між ними.

Як бачимо, сьогодні в психології та психотерапії відбуваються зміни, які поки тільки починають осмислюватися і які, проте, відображаються тим чи іншим чином на принципах і змісті нових напрямків психотерапії, які формуються або тільки почнуть формуватися найближчим часом.

ПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ

1. Які виклики постають перед психологією на постнекласичному етапі її розвитку?
2. Який з підходів є найпоширенішим сьогодні в психології особистості: класичний, некласичний чи постнекласичний?
3. Перерахуйте атрибутивні характеристики постнекласичної особистості.
4. Що таке конструктивістська психологія?
5. Які 5 основних тем містить конструктивізм М.І. Mahoney?
6. Чому раціонально-емотивну терапію А. Елліса деякі автори відносять до конструктивістських підходів?
7. Якими є основні цінності підходів, заснованих на ідеях соціального конструкціонізму?
8. Що ви знаєте про завдання психотерапії постмодерну?
9. Чи має, на вашу думку, психотерапія постмодерну свої обмеження та слабкі сторони?
10. Оцініть перспективи метамодерністської психології та психотерапії.

НАПРЯМИ «ПОСТНЕКЛАСИЧНОЇ» ПСИХОТЕРАПІЇ

2.1. Наративна психотерапія

Засновниками напрямку вважаються австралійський психолог М. Вайт (1949-2008) та новозеландський психотерапевт Д. Епстон (нар. у 1944 р.). До фахівців, які активно розвивають цей підхід, також належать Дж. Фрідмен та Дж. Комбс, Є. С. Жорняк та ін. В основі наративної терапії лежить наративна метафора: люди осмислюють своє життя, включаючи інших людей і події, через наративи, історії, які вони розповідають іншим і собі.

Термін “наратив” у смисловому відношенні пов’язаний зі словами “narrate” (розказувати, оповідати, описувати) та “gnarus” (обізнаний). Саме ж англійське слово “narrative” перекладається як “розповідь”. Тобто якщо іти від етимології ключового слова, то наративна терапія – це оповідальна (розповідальна) терапія, або ж терапія розповіддю. Однак існує певна різниця між власне звичайною розповіддю і наративом. Звичайна розповідь – це спосіб передачі та отримання т. з. об’єктивної інформації. Наратив же – це “пояснювальна розповідь” (термін американського філософа та мистецтвознавця



А. Данто), суб’єктивна розповідь. Звичайна

Репродукція картини Ремедіос Варо «Впритул»

(констатувальна) розповідь перетворюється на наратив, якщо до неї додаються емоції оповідача, його суб’єктивні оцінки та інтерпретації, встановлення причинно-наслідкових та смислових зв’язків тощо. Оповідач-наратор має на меті не просто передати інформацію про певні явища чи події, але й викликати певну реакцію слухача чи читача. Майже завжди у розповіді містяться й елементи наративу, і у “чистому вигляді” розповідь зустрічається рідко.

Наведемо приклад для розрізнення звичайної розповіді та наративу. Приклад розповіді: “Вчора ходила на концерт під відкритим небом, вже наприкінці почався дрібний дощ. Сьогодні захворіла і не пішла на роботу”. Приклад наративу: “Вчора ходила на концерт під відкритим небом, вже наприкінці почався дрібний дощ. І от сьогодні захворіла і не пішла на роботу”. Зміст цих двох повідомлень практично ідентичний, але перше з них вільне від суб’єктивних трактувань та встановлення причинно-наслідкових зв’язків між подіями, які сталися, а у другому якраз ці зв’язки грають ключову роль, саме на них зроблено смисловий акцент. З першого повідомлення не зрозуміло, чи пов’язані описані події. Можливо, оповідачка захворіла без будь-якого зв’язку з відвідуванням нею концерту під відкритим небом. У другому ж повідомленні відображено суб’єктивне ставлення до подій, що слідували одна за одною та виявилися ув’язаними оповідачем у логічний ланцюг.

Саме наративи відіграють основну роль у формуванні дискурсів, тобто текстів, які відбивають особливе розуміння світу чи певного його аспекту, переконань про те, що є “нормальним” чи “прийнятим”. Дискурс – це не те саме, що система переконань і вірувань окремої людини. Це, перш за все, соціальний феномен, який існує і відтворюється у розмовах, практиках і текстах. Дискурсами пронизане соціальне життя. У суспільстві можна виокремити домінуючі дискурси та ті, що їм суперечать, альтернативні дискурси.

Отже, ще один важливий термін у наративному підході – це дискурс. У сучасній філософії постмодернізму це поняття характеризує особливу ментальність та ідеологію, які виражені у цілісному і зв’язному тексті, зануреному в життя, у соціокультурний, соціально-психологічний та ін. контексти. У галузі психотерапевтичної практики під поняттям “дискурс” мається на увазі набір переконань, які здаються само собою зрозумілими і які лежать в основі розмов у певному соціальному контексті.

Наративи про себе та про інших людей формують досвід та оформлюють розуміння реальності. Домінуючі наративи культури є неусувними умовами, у яких народжується людина. Систему певних істин ми просто приймаємо на віру і включаємо у свій світогляд та життя загалом. За живими наративами особистості стоять домінуючі наративи.

Завдання наративного терапевта – допомогти клієнту “деконструювати” історії, які керують його життям, звільнившись від їх обмежуючого впливу та власноруч сконструювавши такі історії, які відповідають важливим для особистості критеріям.

Наше суспільство має потужний дискурс патології, тому у індивідуальному ракурсі розгляду домінують проблемно-насичені історії. Вони, у свою чергу, впливають на формування проблемної ідентичності і пов’язаних з нею самоосуду, почуття безнадії тощо. Узагальнене самоставлення при такому проблемно-насиченому дискурсі може бути сформульоване у короткій формулі: “Зі мною щось не так!”.

У наративному підході вважається, що витoki проблеми треба шукати не всередині людини і навіть не у типі та якості сімейної системи чи патернах взаємодії. Проблема розглядається як зовнішня по відношенню до людини та така, що обмежує як її, так і інших членів її системи. На відміну від багатьох підходів, що стали популярними у психотерапії класичного та некласичного зразка, у наративному підході людина не обвинувачується у її проблемах (проблеми – зовні), хоча й розглядається як відповідальна за зміни у своєму житті.

Головна настанова наративної терапії ґрунтується на припущенні, що рішення проблеми вимагає зміни наративу. Це припущення існує у статусі постулату, і саме від нього відштовхується у своїй роботі наративний терапевт. Фахівець, що працює у цьому підході, допомагає клієнту “реавторизувати” своє життя, тобто повернути авторство (стати ре-автором – “re-author”, звідси й ще одна назва підходу: “терапія реавторства”).

Вважається, що людина у такий спосіб звільняється від наративів, що тиснуть і обмежують її, і формує нові ідентичності. Для здійснення такої реавторизації необхідне “пере-уявлення” як минулого, так і майбутнього. Майстерність психотерапевта полягає у тому, щоб невидимі клієнту примусові проблемно-підтримуючі дискурси зробити видимими, а також допомогти йому у конфронтації з обмежувальними дискурсами та усвідомленні того, яким шляхом він сам хоче іти у житті. Тобто нова історія має стати рушієм для нової ідентичності.

Зазначимо *специфічні інтервенції* (практики), які застосовуються у роботі наративного терапевта.

- *Деконструкція*. За допомогою запитань терапевт реконструює проблемну історію клієнта – деталізує її, вивчає у контексті – щоб відкрити собі й клієнту домінуючі соціальні, культурні і політичні практики, які свого часу допомогли створити і зараз підтримують проблему. Деконструкція – це свого роду “розархівування” смислів.

- *Екстерналізація*. Терапевт ставить питання і робить коментарі, які підкреслюють точку зору на проблему як зумовлену більшою мірою зовнішнім впливом на людину, ніж її особистісними характеристиками, її внутрішніми вадами чи діями. Екстерналізація відділяє особистість від проблеми; часто проблемі дають ім’я чи персоніфікують її.

- *“Згушення” історій*. Запитання допомагають створити якомога повніший опис і розуміння досвіду клієнта і у такий спосіб уможливлюють обрання ним нової життєвої історії.

- *Допомога в усвідомленні унікальних подій і створенні бажаних наслідків*. У ході роботи терапевт знаходить унікальні, яскраві події минулого та теперішнього, які за змістом суперечать проблемі, а відтак слугують шляхом до альтернативної (бажаної) історії. Ці події виявляють, акцентують і допомагають клієнту використати їх у якості ресурсу. Так само працюють з наративом майбутнього: терапевт допомагає сконструювати клієнтові нову історію, бажанішу і кориснішу.

– *Відкритість*. Щоб мінімізувати різницю позицій терапевта і клієнта, нарративний терапевт прагне до відкритості у стосунках з клієнтом: ділиться інформацією про себе і пропонує клієнту запитувати про свій досвід і переконання.

– *Рефлексія*. Терапевт дає клієнтові можливість рефлексії щодо своєї взаємодії з ним.

– *Лист клієнтові*. Терапевт пише лист зі своїми думками, рефлексіями почуттів і надсилає його клієнтові після терапевтичної сесії або в кінці курсу терапії. Лист підтримує клієнта у його змінах, і клієнт може його читати й перечитувати після терапії. Форма листа може бути різною, вона залежить від конкретних змісту, процесу та результатів терапії.

– *Створення спільноті інтересів* (communities of concern). Терапевт запрошує клієнта “впустити” у їхню розмову “голоси” значущих людей, щоб допомогти опиратися впливу обмежувальних домінуючих нарративів і підтримувати нові нарративи і бажані результати. Терапевт також підтримує клієнта у його об’єднанні з іншими людьми та приєднанні до груп людей зі схожими проблемами (якщо вони також їх вирішують) для того, щоб полегшити розв’язання цих проблем.

– *Розробка завершальних церемоній*. Терапевт пропонує клієнтові створити церемонію чи ритуал, за допомогою яких значущі для нього люди могли б засвідчити його зміни, що допомагає підкреслити і підтримати їх. Це може бути вручення сертифіката, написання заяви чи усне публічне оголошення, виконання пісні тощо. Учасник терапії сам обирає форму, порадившись з терапевтом.

Вважається, що для досягнення мети нарративної терапії набагато важливіша терапевтична позиція, ніж будь-які техніки, методики та інтервенції. Ця позиція полягає у прагненні до співпраці, рівності позицій, наданні більшого значення локальному, ситуаційному, контекстному знанню, ніж нормативному мисленню, діагностичним ярликам та універсальному “експертному” знанню.

2.2. Короткотермінова терапія, фокусована на рішенні

Засновниками короткотермінової терапії, фокусованої на рішенні (Solution-Focused Brief Therapy – SFBT), вважаються С. де Шазер (1940-2005) та К. Берг (1934-2007). Витоки цього напрямку знаходяться у роботах М. Еріксона, Г. Бейтсона, Інституту Ментальних Досліджень (Пало-Альто, Каліфорнія), а також у роботах Л. Вітгенштейна.

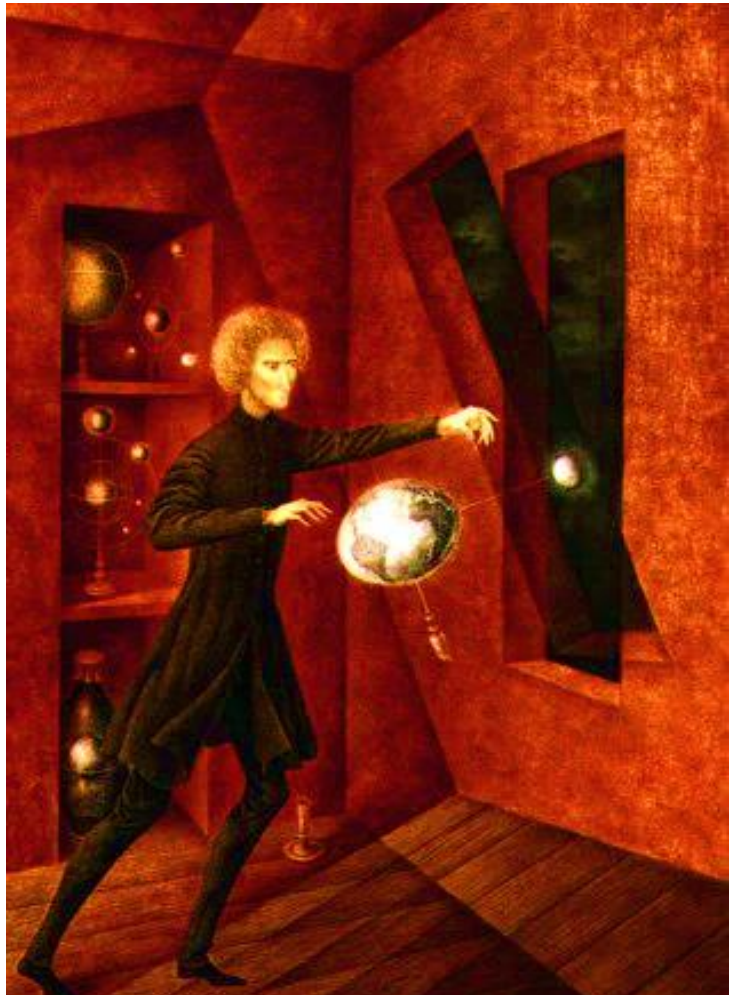
Необхідність альтернативного підходу до терапії була визнана у зв’язку з тим, що фахівці у сфері психічного здоров’я помітили, що тим часом, поки на обговорення та аналіз виявлених під час терапії аспектів життєвих труднощів клієнта витрачається величезний обсяг зусиль, часу, грошей та інших ресурсів, проблеми, які приводять людину в терапію, продовжують негативно впливати на її життя.

У відповідь на це спостереження С. де Шазер та К. Берг з центру короткотермінової сімейної терапії у Мілуокі разом з їх командою на початку 80-х років розробили короткотермінову терапію. Метою SFBT є якнайшвидше вироблення реалістичних рішень, на противагу утриманню людини у терапії протягом тривалого періоду часу з метою розв'язання проблеми. Тобто у SFBT акцент робиться не на розумінні проблеми, а на знаходженні рішень на основі бачення клієнтом бажаного майбутнього та підтримці наявних ресурсів особистості у реалізації цих рішень.

SFBT перетворилася на швидкий, ефективний метод лікування, який існує вже більше трьох десятиліть і продовжує розвиватися та змінюватися у напрямку задоволення потреб клієнтів, що отримують терапію. У даний час терапевти різних країн, зокрема, США, Канади, Південної Америки, Азії та Європи навчаються цьому підходу. Принципи SFBT застосовуються до найрізноманітніших сфер, де люди прагнуть досягати своїх цілей та покращувати міжособистісні відносини.

Метою SFBT є допомога людям, які мають психологічні труднощі, у знайденні засобів швидкого управління симптомами та розв'язання проблем. Вона базується на такому переконанні: люди

мають певні навички впровадження змін у своєму житті, однак часто вони потребують допомоги у виявленні та розвитку цих навичок. У цьому підході також визнається, що клієнт ще до початку терапії певною мірою вже розуміє, які саме зміни потрібно здійснити. Завдання ж терапевта полягає у тому, щоб допомогти клієнтові уточнити свої цілі та підтримати у виробленні і впровадженні рішень. Клієнтів заохочують уявити майбутнє, яке б вони хотіли мати, а потім працювати над спільною розробкою кроків, які допоможуть їм досягти цілей. Зокрема, терапевти можуть допомогти у визначенні часу у житті, коли актуальна проблема клієнта була менш шкідливою або більш



Репродукція картини Ремедіос Варо «Феномен невагомості»

керованою, і оцінити, які фактори або які рішення могли впливати в минулому саме на такий характер перебігу проблемних моментів, який мав місце.

Ця форма терапії передбачає спочатку розвиток бачення свого майбутнього, а потім – визначення того, як внутрішні здібності можуть бути посилені для досягнення бажаного результату. Терапевти, які практикують SFBT, намагаються керувати людьми в терапії через визнання ними того, що спрацьовує для них, допомагаючи їм досліджувати, як краще продовжувати практикувати ефективні стратегії, і заохочуючи помічати та відзначати успіх. Терапевти у підході SFBT підтримують клієнтів у експериментуванні з новими способами вирішення проблем.

В основі цього підходу лежить уявлення про те, що мова створює реальність; проблема ж уявляється як похідна від реальності клієнта. Іншими словами, щоб змінити проблему, необхідно змінити реальність, а змінити реальність можна, змінивши мову. На думку С. де Шазера, критичним моментом у цих змінах є переключення від проблемної розмови (problem talk) до розмови, спрямованої на рішення (solution talk). Терапевт фокусується на позитивних аспектах і потенціалах клієнта, надихаючи його на зміни. Терапія центрована на питанні: “Як ми конструємо рішення?”, а вихідне її положення таке: інформація про проблему не є необхідною; усе, що необхідно – це розмова, спрямована на рішення чи мету. У термінах Л. Вітгенштейна, С. де Шазер говорить про проблемну розмову і розмову-рішення як мовні ігри і зазначає, що терапевт, фокусований на рішенні, просто надає перевагу у своїй роботі грі у розмову-рішення.

SFBT основана на 7 основних позиціях.

- *Зміна є постійною і стабільною.*
- *Необхідно акцентуватись на тому, що можливо змінити.*
- *Клієнти повинні бажати змін.*
- *Клієнти є експертами та самі намічають власні цілі.*
- *Клієнти мають ресурси і власні сильні сторони для розв’язання своїх проблем.*
- *Терапія має бути короткотерміною.*
- *Необхідно фокусуватись на майбутньому – історія не є істотною.*

Техніки, що використовуються в SFBT. У SFBT терапевти задають конкретні типи питань для управління сесією. Основна мета цих питань – допомогти клієнтові зрозуміти свій потенціал і знайти мужність для руху вперед. Наприклад, відповіді на запитання можуть показати клієнтам їх стійкість і кількість способів, якими вони здатні впоратись із викликами у своєму житті. Прикладом може бути питання: “Як ви встигатимете, перед обличчям таких труднощів, виконувати свої щоденні зобов’язання?” Подібні питання можуть допомогти клієнту розпізнати свої навички у боротьбі з труднощами.

Спеціальні типи питань використовуються, щоб допомогти клієнтам перейти від “розмови-проблеми” до “розмови-рішення”. Усі питання

ґрунтуються на уявленні про те, що усі рішення проблем уже існують у житті людини, треба їх лише віднайти. Найпопулярніші типи питань такі.

– *Питання-винятки* (exception questions). Спрямовані на пошук винятків із проблеми, ситуацій чи подій з минулого (теперішнього), коли проблема не була власне проблемою. Це спосіб “деконструкції” проблеми без пошуку її причин, і її розуміння – спосіб конструювання рішення.

– *Диво-питання* (miracle questions). Ці питання допомагають людям ставити цілі. Терапевт пропонує клієнтові уявити, яким би могло бути його життя, якби проблема вирішилася. Основна мета – сфокусуватися на рішенні і розфокусуватися з проблеми. Традиційно питання виглядає так (С. де Шазер): “Уявіть, що однієї ночі сталося диво, і поки ви спали, проблема, яка привела вас у терапію, розв’язалася. Як ви про це дізнаєтеся? Що зміниться? Що ви помітите уранці нового, що підкаже вам, що сталося диво? Що помітить ваша дружина (чоловік, син, донька тощо)?”

– *Питання-шкали* (scaling questions). Використовуються так само, як і в інших напрямках терапії, щоб допомогти клієнтові бути більш точним і конкретним, набуті здатності вимірювати і оцінювати проблеми і успіхи. Приклади таких питань: “За шкалою від 1 до 10, де 1 – найнижчий рівень, де б ви розмістили свою депресію, коли прийшли уперше на терапію? А де зараз? Як ви дісталися від 1 до (наприклад) 4?”

– *Копінг-питання* (coping questions). Ці питання використовуються для того, щоб допомогти клієнтові, якому не вдається побачити жодного винятку з проблеми. Воно може бути сформульовано приблизно так: “Мені цікаво знати, чому ви робите те, що робите?”

– *Креативне нерозуміння*. С. де Шазер відмічає, що нерозуміння у терапевтів з’являється набагато частіше, ніж розуміння, тим не менш, нерозуміння може бути перевагою, терапевт може його використати. Наприклад, те, що зазвичай сприймається як опір терапії, може розглядатися як сигнал про те, що терапевт помилився у інтерпретації, не зрозумів належним чином клієнта, і йому треба повернутися до певного моменту і ще раз спробувати розібратись. Таке ставлення до нерозуміння дає можливість терапевту краще зрозуміти клієнта і продовжувати шукати рішення разом з ним.

SFBT має свої показання та обмеження. Дослідження показали, що вона може бути корисним втручанням для молоді, яка має поведінкові проблеми або академічні та шкільні проблеми. Підхід також виявився ефективним у сімейній терапії та консультуванні шлюбних пар. Метод можна використовувати у поєднанні з іншими підходами.

Втім, SFBT не рекомендується для тих, хто переживає серйозні психічні розлади. До обмежень методу належить також наступне.

Незважаючи на численні повідомлення про ефективність короткотермінової терапії, орієнтованої на розв’язання проблем, протягом багатьох років виявляються і деякі проблеми підходу. Одним з основних критичних зауважень щодо методу є те, що її швидкий, цілеспрямований

характер не може дозволити психотерапевтам вчасно співпереживати те, що переживають люди, які перебувають у терапії. Клієнти у такій ситуації можуть почувати себе гірше, ніж в умовах, коли терапевт відповідає їм на своєму емоційному рівні.

Друга проблема полягає у тому, що процес терапії у SFBT виглядає так, ніби терапевт просто відкидає або ігнорує інформацію, яка вважається важливою в інших підходах. Наприклад, при цьому типі терапії не розглядається зв'язок між проблемами, з якими стикаються люди, та змінами, необхідними для сприяння поліпшенню. Причини неадаптивних думок та / або поведінки не вивчаються в типовому сеансі SFBT. Клієнти, які бажають вивчити ці причини, можуть виявити більш корисним пошук типу терапії, яка вирішує ці проблеми. Втім, вони можуть це зробити, одночасно отримуючи допомогу у SFBT.

Хоча існують позитивні повідомлення про ефективність терапії, фокусованої на рішенні, та попередні результати досліджень осіб, які використовують цей вид терапії, що свідчать про кращі результати у цих осіб, ніж у тих, хто не отримував терапію, необхідне проведення більшої кількості досліджень, щоб забезпечити емпіричну підтримку підходу. Дослідження, що забезпечують суттєву об'єктивну обґрунтованість ефективності SFBT, сприяли б більшій довірі до неї як популярної форми терапії.

2.3. Колабораційна терапія (терапія співробітництва)

Авторами цього підходу вважаються Х. Андерсон (нар. у 1942 р.) та Г. Гулішян (1924-1991). У медичній школі Хьюстона (США) у 70-ті роки минулого століття існував проект "Терапія множинного впливу" (Multiple Impact Therapy), пізніше названий Колабораційним системним мовним підходом (Collaborative Language Systems Approach). У 2000 році його назва скоротилася до "Терапії співробітництва" (Collaborative Therapy).

Х. Андерсон і Г. Гулішян у пошуках сучасного розуміння особистості звернулись до ідей не лише філософії та психології постмодернізму, але й лінгвістики. Об'єктом їх інтересу постали роботи М. М. Бахтіна, Л. Вітгенштейна, Л. С. Виготського, К. Джерджена та ін. Ідеї герменевтики та соціального конструкціонізму виявилися релевантними концепціям Х. Андерсон та Г. Гулішяна: саме на цих ідеях ґрунтується колабораційна терапія.

Автори поставилися критично до системної сімейної терапії. Погляд на сімейну систему крізь призму структури та фіксованих ролей має свої обмеження. Х. Андерсон порівнює бачення сім'ї у такому підході з баченням цибулини, кожен шар котрої знаходиться у підпорядкуванні і у якій існує ієрархічний баланс, здатний створити відчуття рівноваги чи гомеостазу. Будь-яка потенційна патологія може бути знайдена і розглянута в ієрархічних зв'язках всередині соціальної системи. Але такий погляд практично не враховує розвиток та зміни.

Погляди на сімейні системи зазнали значних змін. Зокрема, соціальний теоретик Н. Ломман зацентрував увагу на значенні факторів спільної дії та дискурсу у побудові соціальних систем. Колабораційна терапія асимілювала ідеї постмодерних біопсихосоціальних теорій, особливо – ідею щодо людей як мовних та смислових систем. Ці системи бачаться як такі, що створюються за допомогою спілкування та діалогу. Теорії та принципи, які вплинули на становлення колабораційної терапії, це квантова теорія, структурний детермінізм, теорія мовних сфер, наративна теорія, постмодерністська феміністська теорія, герменевтика, соціальний конструктивізм. Андерсон



Репродукція картини Ремедіос Варо «Політ»

називає ці впливи “постмодерністською парасолькою”, де мова та знання створюють сенс через взаємодію. Основні ідеї підходу колабораційної терапії такі.

Люди існують у значеннях і смислах, які створюються мовними системами, що постійно розвиваються. Людські системи є мовними, смисло-породжувальними системами; люди створюють значення один одного. Терапевт сприяє розвитку значень у клієнта протягом терапії.

Людська система є лінгвістичною системою. Розвиток та зміни знань, які теж конструюються лінгвістично, це колективний процес; знання і суб’єкт пізнання є взаємозалежними. Про знання не можна сказати, що вони є статичними, як і не можна сказати, що вони знаходяться. Вони плинні, створювані.

Рушійною силою конструювання життєвого світу людини є мова. Її значення і цінність набуваються через її використання. Вона обмежує і формує думки, досвід, а також спосіб їх виявлення. Те, що створено за допомогою мови, завжди є мультиавторським. Тому, реальність, яку ми приписуємо подіям, досвіду чи людям, не існує сама по собі – вона є соціально сконструйованою. Її конструювання відбувається у певній субкультурі, а оформлює її певна мова. Відтак реальність завжди є лише однією з

можливостей, залежних від культури та мови. Психотерапія є однією з мов – систем творення смислів (meaning-making system).

Людина завжди знаходиться в процесі перекладу. Інтерпретація не може бути монологічною – це завжди діалогічний процес. Діалог, у свою чергу, це інтерпретації інтерпретацій, тлумачення тлумачень. Людина бере участь у тому, про що вона думає чи у що вірить, що вона розуміє або знає.

Коли відбувається діалог, відповіді кожного співрозмовника є результатами того, що він вважає сприйнятим, тобто для кожного співрозмовника його мовленнєві реакції на сказане іншим є реакціями на деяку суб'єктивну реальність, яка не обов'язково має місце в дійсності, хоча цей співрозмовник ставиться до неї як до такої, яка має місце в дійсності.

Цікавість, допитливість терапевта провокує таке ж ставлення у клієнта.

Особистість терапевта є діалогічною і відносною, створеною лінгвістично і соціально.

Терапевтична система – це система, яка генерує смисли. У ній терапевт і клієнт творять смисли один з одним, один для одного. Будь-яка система у психотерапії організовується навколо певної проблеми. Є “системи організації проблеми” і “системи розв'язання проблеми”.

У своїй книзі “Розмовна мова та можливості” Х. Андерсон описала шість основних припущень її підходу щодо колабораційної психотерапії. Ці **припущення** такі:

- людські системи формуються за допомогою мови та сенсу;
- реальність створюється через соціальний контекст;
- наші думки формуються відносно нашої особистості та нашого соціального контексту;
- наші реальність, сенс та досвід створюються через нашу взаємодію та бесіди з іншими;
- мова надає сенс нашому життю та світу, в якому ми живемо, і слугує ключем до входження у соціальний світ;
- знання набуваються через нашу взаємодію, мову та досвід.

Колабораційна терапія передбачає взаємний, спільний процес спілкування. У ній цінуються та враховуються перспективи клієнта щодо того, що є важливим для нього у його повсякденному житті. Колабораційні терапевти визнають, що клієнт є експертом щодо знання свого життєвого досвіду. Вони працюють над гнучкістю клієнта та його прагненням до здорових, успішних стосунків та якості життя.

У цьому виді терапії не становлять інтересу “об'єктивні проблеми”. Проблеми розуміються як такі, що формуються “співвипроміненням” смислів, які існують у спілкуванні, що відбувається між різними людьми та з собою. Смисли ж пов'язані зі способом концептуалізації світу. При такому погляді на проблеми вони постають як частина повсякденного життя людини, яка не може однаково оцінюватись та переживатись різними людьми. Те, що бачиться однією людиною як істотна проблема, для іншої людини не становить жодної проблеми.

Колабораційна терапія є процесом, який включає стосунки співробітництва та діалогічне спілкування. Вона є процесом співпошуку, прояснення і розширення зони відомого та пошуком нового. При цьому увага концентрується не на самому “новому”, а на процесі його отримання.

Х. Андерсон формулює **відмітні особливості** колабораційної терапії, які виявляються у наслідках її застосування.

- Вона розвивається, є динамічною та неформалізованою, базується на рефлексивному процесі, у якому її припущення застосовуються у її практиці, а знайдене у її практиці змінює початкові припущення.

- Фокус уваги у ній зміщується з особи чи родини на осіб, точніше – відносини між ними: підхід базується на ідеологічному зрушенні, яке стосується людей, ситуацій та контекстів.

- Застосування колабораційної терапії поширюється за рамки терапевтичної зустрічі. Цей підхід корисний щодо розуміння систем та контекстів, які знаходяться не лише у ситуації терапії, але й поза нею. Терапевти приймають припущення та філософське ставлення, які існують у колабораційній терапії, і до інших систем, в яких та з якими вони часто працюють.

- Оцінка стає частиною повсякденної практики: терапевт та клієнт оцінюють свою роботу разом, у процесі спільного руху. Те, чому вони навчаються, використовується як інформаційне підґрунтя для подальшої роботи, оцінки та побудови корисних стратегій, а також осмислення прогалів, моментів, яких не вистачає.

- Вигорання терапевта є редукованим. Х. Андерсон говорить про те, що терапевти, які почали практикувати цей підхід, повідомляють про відновлення ентузіазму, вдячності та поваги до своїх клієнтів, відчуття збільшення енергії для своєї роботи.

- Клієнти та терапевти відчують свободу та надію: у клієнта з’являється почуття приналежності, участі та того, що це його особиста терапія (а не терапія для всіх). Це, у свою чергу, асоціюється зі спільною відповідальністю з терапевтом за процес і результати.

- Відносини з колегами покращуються: терапевти, що живуть, спираючись на філософські позиції цього підходу, здатні продуктивніше оцінювати роботу своїх колег, цікавитися і бути відкритими до розбіжностей.

Цей підхід до терапії є більшою мірою філософією терапії, ніж теорією чи моделлю. Тому у ньому важко виокремити конкретні техніки. Швидше йдеться про виокремлення важливих позицій та установок. Х. Андерсон зазначає серед них такі.

- *Партнерство у спілкуванні*. Це позиція, при якій терапевт і клієнт включаються у діалог і співпрацю, говорячи **один з одним, а не один до одного**. Тобто у спілкуванні терапевта та клієнта постулюється рівність психологічних позицій. При цьому у стосунках “терапевт-клієнт” у центрі уваги знаходиться історія клієнта; терапевт вчиться і слухає, намагаючись зрозуміти клієнта з його позиції. Ситуація терапії є важливою не лише для

клієнта, але й для терапевта, і змінює смисли та значення у обох членів терапевтичної взаємодії.

– *Клієнт як експерт.* Клієнт є експертом у своєму житті, і можна сказати, що, зважаючи на це, він у певному сенсі є для терапевта учителем.

– *Не-знання.* Колабораційний терапевт займає позицію “не-знання”. Це спосіб мислення терапевта і його ставлення до своїх знань. Психотерапевт не вірить, що він краще, ніж клієнт, знає суб’єктивні реалії останнього, чи що він має монополію на істину. Те, що, як терапевт гадає, він може знати, він пропонує розглянути. Це завжди пропозиція чи припущення, а не остаточна позиція чи керівництво до дії.

– *Відкритість і доступність.* Будь-які пропозиції терапевта є пропозиціями для діалогу. Терапевт відкритий для обговорення будь-яких ідей, що стосуються життєвих ситуацій клієнта, він не ховається за ширмою авторитетів чи за безособовими монологами.

– *Взаємність змін.* За терапевтом не закріплюється позиція єдиного агента змін. Його завдання – створити простір і фасилітувати процеси діалогу та співробітництва, у яких змінюється не лише клієнт. Разом з клієнтом змінюється і терапевт.

– *Невизначеність.* Колабораційний терапевт приймає невизначеність своєї позиції. Це дещо незвична для психотерапевтів старих шкіл роль. Терапевт супроводжує клієнта у його подорожі, і що буде відбуватися на цьому шляху, невідомо наперед.

– *Буденність.* Колабораційна терапія більше схожа на звичайне, щоденне спілкування і стосунки звичайних людей, ніж на класичну терапію. Це не означає, що терапія перетворюється на балаканину, яка немає ніякої мети, чи на дружбу. Терапевтичне спілкування існує у специфічному контексті і відрізняється від інших форм спілкування. Воно має свою мету: клієнт хоче отримати допомогу, а терапевт хоче і уміє допомагати. Але проблема клієнта не описується як виклик чи складність. Терапевт вірить у те, що дилеми клієнтів – це дилеми їх повсякденного, буденного життя.

Якщо терапевт приймає ці установки, якщо вони є для нього природним способом мислення і буття, він буде взаємодіяти з клієнтом природно і спонтанно, створюючи простір, у якому обоє – терапевт і клієнт – зможуть спілкуватися, співпрацювати і співконструювати один одного.

Процес терапії являє собою терапевтичну бесіду, діалог, “розмову з”.

У цьому процесі терапевт і клієнт взаємопов’язані та шукають розуміння “проблеми” та її “рішення”, як їх визначає клієнт. Андерсон описує цей процес як інтерактивне прагнення до досягнення значення, що поділяється обома учасниками терапевтичної розмови.

Терапевт спілкується з клієнтом про його проблеми, дізнається про його погляди та шляхом їх вивчення сприяє процесу, який веде до появи нового значення, нової оповіді та нових можливостей.

Центральним елементом терапевтичної бесіди є т. з. “розмовні питання”. Ці питання завжди формуються з позиції “не-знання” та необхідності знати більше про те, що було сказано клієнтом.

Роль терапевта полягає у тому, щоб створити простір для терапевтичного процесу, терапевтичної бесіди та полегшити цей процес. Лише у цьому психотерапевт має бути експертом, та лише за це він відповідальний. Забезпечення цих вимог досягається шляхом створення такого середовища, що у природний спосіб стимулює спільні відносини та генеративні розмови (мається на увазі потенціал цих розмов щодо генерації значень та смислів).

Позиція терапевта не передбачає інтервенції. Терапевт та його контекст – така ж частина терапії, як клієнт та контекст клієнта. Система терапії та терапевтичний процес є неієрархічною структурою співробітництва та спільними зусиллями терапевта та клієнта. Терапія – це інтерактивний круговий процес, у якому реальності, експертні думки як клієнта, так і терапевта поважаються, визнаються та використовуються. І клієнт, і терапевт однаково беруть участь у створенні терапевтичної реальності (у діагностуванні проблеми та лікуванні).

Терапевт запрошує клієнта до взаємного, спільного формулювання запиту щодо його предмета занепокоєння. Питання ініціюється терапевтом, який вступає з клієнтом у відносини, подібні відносинам “учень-вчитель”, але навчитись у даному разі має терапевт – тому, що є у життєвому досвіді клієнта. Терапевт поважає клієнта і спирається на його системну здатність до самореалізації і самостійного створення альтернативних рішень своєї дилеми.

Завдання терапевта полягає у впливі на контекст або простір для змін, а не у специфікації змін “об’єктивно” сприйнятих аспектів поведінки, моделей взаємодії чи дисфункціональних сімейних форм поведінки. Терапевт є експертом у творенні та полегшенні розмови, що відкриває можливість для відкриття нових аспектів системи сенсів клієнта, сприяє виникненню та переміщенню фокусу поглядів та поведінки.

Зміна однієї частини системи може вплинути на можливість зміни в інших. Зміна – це розширення, переміщення або ослаблення ідей (і поведінки) через наратив.

Андерсон окремо зауважує, що роль психотерапевта НЕ включає в себе наступне: “редактор наративу”, “табула rasa” чи “порожній екран”, “переговорник”, “рефері”, “інтервент”.

Позиція терапевта є “мульти-пристрасною”; він повинен бути на кожному боці, адекватно підтримувати, втім, не поділяючи жодної з реальностей того чи іншого партнера. Це альтернатива “захисному слуханню”: знаючи, що інша особа збирається сказати, бути готовим скоригувати це. Така позиція базується на ідеї, що ми ніколи не зможемо повністю зрозуміти іншу людину; у кращому випадку, ми можемо лише спробувати зрозуміти, про що вона нам сказала.

Специфіка інтервенції. Терапевт стежить за параметрами проблеми, описаними клієнтом. Він має одночасно враховувати численні та суперечливі

ідеї, обирати об'єднувальну, а не роз'єднувальну мову, пізнавати, прагнути зрозуміти та обговорювати мову клієнта.

Терапевт є шанобливим слухачем, який не прагне зрозуміти надто швидко. Він ставить питання, відповіді на які породжують нові питання. Терапевт бере на себе відповідальність за створення розмовного контексту, що дозволяє налагодити взаємовідносини, потрібні для процесів визначення проблем та їх розв'язання. Він підтримує діалогічну бесіду з клієнтом та перебуває у діалогічній бесіді з собою.

Оцінка. Питання та задавання запитань – це характерні особливості колабораційних мовних систем. Вони не мають і не вимагають нормативної оцінки. Оцінка проводиться через обговорення. Терапевт знаходить проблему, розмовляючи про проблему та розглядаючи мову, яка утримує систему. Проблема оцінюється, коли розпізнається мова, яку люди використовують для опису проблеми. Ця мова й створює проблему.

Колабораційна терапія може проводитися і у індивідуальній формі, і з сім'ями. Щодо роботи з сім'ями важливими є розробки Т. Андерсона. Він запропонував концепцію рефлексивної команди, адаптовану з Міланського підходу. Терапевтична команда зустрічається з сім'єю. Члени цієї команди слухають інтерв'юера та сім'ю, перебуваючи за одностороннім дзеркалом у той час, як розгортається терапевтична розмова. Варіант Міланського підходу, запропонований Андерсоном, містить перехід від позиції “або/або” до позиції “і/і”, який більше орієнтовний на вирішення проблем і дозволяє створювати нові ідеї, які можуть бути корисними для терапевтичної бесіди.

Після закінчення узгодженого терміну (40 хвилин), члени команди відображають різноманітні ідеї, які були створені під час прослуховування. Ці ідеї є способом отримання нового значення у розумінні проблеми та у її подальшому вирішенні. По завершенню сесії сім'я та інтерв'юер слухають роздуми команди з приводу того, що відбувалося протягом сесії. Роздуми пропонуються швидше як попередні ідеї, аніж об'єктивні істини чи поради. Вони передбачають більш відкриту та “публічну” терапевтичну мову, у порівнянні з “приватною” мовою. Відкриття терапевтичних розмов, перетворення їх з приватних на публічні пропонує спосіб максимально діалогічного обговорення, яке ретранслюється мовою клієнта, а не “академічною” теоретичною мовою, чи з можливими негативними конотаціями, які можуть бути притаманні більш приватному терапевтичному діалогу. Головна мета рефлексивної команди полягає в тому, щоб створити нові сенси та ідеї.

2.4. Стосунковий транзактний аналіз

Автори стосункового транзактного аналізу Х. Харгаден і Ш. Сіллс зазначають, що в часи, коли Е. Берн створював транзактний аналіз, традиційний клієнт був пригніченим, загнаним у рамки правил, і потребував – метафорично – “розчинника”, щоб ослабити межі свого життєвого сценарію. У наші дні т. з. типовий клієнт швидше потребує “клею”, ніж “розчинника”. Щоб задовольнити цю потребу, вони, спираючись на власний та клієнтський досвід, сучасні моделі психоаналізу, зокрема, його стосункові та інтерсуб’єктні моделі, сучасні теорії розвитку, почали процес формування нової психотерапевтичної моделі – стосункового транзактного аналізу (Hargaden, 2002). Отже, йдеться про інтегративний підхід, заснований на транзактному аналізі.

У цьому підході підкреслюється значення несвідомих процесів, які мають місце безпосередньо у ході роботи. Основним агентом змін визнаються терапевтичні стосунки.

Х. Харгаден та Ш. Сіллс, спираючись на прикладну методологію транзактного аналізу, зосереджуються на стадії транзактного аналізу, яка іменується “деконфузією его-стану Дитини”, у якому, на їх думку, знаходиться Я. На думку авторів стосункового транзактного аналізу, розуміння специфіки цієї стадії проливає світло на репресовані потреби та почуття з більш раннього



Репродукція картини Ремедіос Варо «Розірвати порочне коло»

его-стану Дитини. Автори підкреслюють значення емпатії для розвитку “здорового” Я та полегшення терапевтичних стосунків. Вони описують емпатію як “поєднання майстерності та техніки і відображення того, хто ми є і як ми є” (Hargaden, 2002: 35).

Автори досліджують інтерсуб’єктивність у психотерапії стосунків з особливим акцентом на стосунках перенесення, щодо яких вони пропонують три категорії феноменів: проєктивні, інтроективні та трансформаційні перенесення. Контрперенесення вони описують, розглядаючи важливість використання психотерапевтом його Я у відносинах з клієнтом і визнають його необхідним для уможливлення терапевтичних змін.

У стосунковому транзактному аналізі особлива увага приділяється терапевтичним транзакціям, ролі психотерапевта та “емпатійних транзакцій”. Вважається, що аналіз контртрансферу дає можливість клієнтові відчувати та виявити повніше його малоусвідомлювані думки і почуття. Точний аналіз цих транзакцій, на думку творців стосункового транзактного аналізу, полегшує важливу роботу деконфузії – зменшення невизначеності та прояснення потреб на почуттів клієнта. Основна увага приділяється інтуїції та вмінням психотерапевта, а також здатності пояснити та інтерпретувати внутрішні процеси клієнта. Автори особливо зауважують, що ці втручання базуються не на знаннях терапевта, рівень яких, звісно, є вищим у порівнянні зі знаннями клієнта, а на спільному дослідженні, у якому терапевт повинен використовувати своє Я у пошуках розуміння іншого (клієнтського) Я.

У цьому підході запропоновано альтернативну модель его-станів, у якій Дитячий та Батьківський его-стани перетинаються, а сам перетин – це і є Дорослий его-стан. Ця зміна спровокована роботами, в яких показується, як “Я” проявляється (emerges) із інтеракції між дитиною та дорослим; “Я” не розвивається незалежно чи спонтанно, але цілком і повністю формується у інтеракційних процесах. Батьки (або ті, хто виховують дитину) забезпечують базову афективно-регуляторну функцію для дитини. З такої позиції, джерело цієї афективної регуляції не ідентифікується як зовнішнє і з часом регуляторна функція інших стає частиною “Я”.

Основні принципи стосункового транзактного аналізу такі.

– *Центрація на стосунках.* Як і у багатьох інших сучасних варіантах класичних підходів, у стосунковому транзактному аналізі приділяється увага особливостям стосунків, які складаються між клієнтом і терапевтом, які, як вважається, змінюють їх обох, причому не лише у ситуації терапії, але й поза нею.

– *Важливість досвіду.* Найпотужніші зміни відбуваються завдяки використанню набутого досвіду. При цьому найважливішим є досвід стосунків. Саме з використанням такого досвіду пов’язується ефективність підходу.

– *Значущість суб’єктивності.* Увага акцентується на стосунках у всіх їх формах: із собою (думки та почуття по відношенню до себе), з іншими (думки та почуття по відношенню до інших) та з міжсуб’єктною взаємодією (думки

та почуття, пов'язані із взаємодією, включеністю у стосунки). Отримання іншого досвіду стосунків (не того, що очікувався від себе чи від клієнта) є особливо цінним, хоча й важким. Для отримання такого досвіду дуже важливим є зіставлення власного суб'єктивного (суб'єктивного терапевта) та суб'єктивного іншої людини (клієнтського суб'єктивного). Таке зіставлення дає можливість дізнатися, коли і яка саме взаємодія покращила знання клієнта про себе, інших та про світ.

– *Важливість спільного включення.* Психотерапевт і клієнт разом включаються у пошук нових і більш автентичних шляхів взаємодії один із одним. Клієнт не розглядається як сторонній спостерігач чи виконавець завдань. Він – активний учасник такого пошуку.

– *Рівна значущість неусвідомлених і свідомих патернів.* Як зауважує П. Де Юнг, “несвідоме – це не річ чи місце; це само-рушійні способи поведінки чи організації себе-у-стосунках, які перебувають поза межами знань особистості про них, але формують її Я-досвід” (цитата за (Климчук, 2015: 69). Розпізнавання цих способів дає ключ до розуміння смислів клієнта, які з'являються у терапії, та того, як вони співстворювалися і оформлялися індивідуальними, соціальними та культурними контекстами. Ці смисли не можуть бути кваліфіковані як результат лише свідомих чи лише несвідомих процесів. У процесі психотерапії стає можливою продуктивна взаємодія свідомих та неусвідомлених патернів.

– *Реальність функціонування і зміни его-стану Дорослого.* З клієнтом взаємодіють як з дорослим, здатним до відповідної якості стосунків з терапевтом. Характер такої взаємодії є викликом батьківсько-материнській метафорі терапії, відповідно до якої терапевт тимчасово заміняє собою батьків та задовольняє ті потреби клієнта, які його справжніми батьками не задовольнялися. Ключове терапевтичне завдання у цьому підході – уможливити появу інтегрованого Дорослого як результату зростаючих емпатійних і співтворчих стосунків.

– *Важливість допитливості, критичної рефлексії і креативності.* Ці параметри участі клієнта та відповідних фасилітуючих впливів терапевта є істотними для стосункового транзактного аналізу, оскільки саме вони забезпечують вільне навчання стосункам та бажання їх практикувати.

Основні методи, які використовуються у цьому підході: *емпатія та інтерпретація*. При цьому інтерпретація застосовується, насамперед, для аналізу та пояснення процесів, що відбуваються тут-і-зараз, у процесі терапевтичної сесії. Терапевт постійно фокусує увагу клієнта на його (клієнта) впливі на нього (терапевта), як і на своєму впливі на клієнта, а також на взаємодії тут-і-зараз.

На відміну від підходу класичного транзактного аналізу, у якому терапевт об'єднується з клієнтом для боротьби з “токсичними” інтроектами, які знаходяться у его-стані Батька, через мобілізацію енергії его-станів Дорослого та Дитини, у стосунковому транзактному аналізі не зупиняються на цьому, вважаючи, що навіть здійснення значущих змін не гарантує усунування

інтроєктів. Для роботи з ними та їх переопрацювання необхідне створення простору, у якому ці інтроєкти проявляться. Таким простором є стосунки терапевта та клієнта.

Критика стосункового транзактного аналізу ґрунтується на тих самих підставах, що й критика інших напрямів постмодерної психотерапії. Головним аргументом є недостатність емпіричних доказів ефективності. Вона може бути подолана лише проведенням та оцінкою результатів емпіричних досліджень, що продемонструють зміни, які відбуваються завдяки терапії у цьому підході.

2.5. Терапія фіксованої ролі

Neimeyer (2009) вказує, що терапія фіксованої ролі (Fixed-role therapy), автором якої є Дж. Келлі (1905-1967), була першою формою короткотермінової терапії (всього 2-3 тижні). Саме після того, як її було запропоновано, у психотерапії почали активно використовуватись драматичні і наративні стратегії, які пізніше увійшли до арсеналу багатьох напрямків конструкціоністської терапії.

Навіть біографія Дж. Келлі є своєрідним підтвердженням його конструкціоністських ідей. Його батьки часто переїжджали, що відбилося на фрагментарності його освіти в дитинстві. У США він отримав ступінь бакалавра у галузі фізики і математики. Але оскільки його цікавили соціальні проблеми, ступінь магістра



Репродукція картини Ремедіос Варо «Персонаж»

Дж. Келлі отримав у галузі соціології. Відтак він спеціалізувався на темах дозвілля працівників та трудових відносин. Надалі вчений починає цікавитись освітою, отримує ступінь бакалавра освіти у Единбурзькому університеті в Шотландії та пише дисертацію, присвячену прогнозуванню успішності

викладання. У США він отримує ступінь доктора філософії у галузі психології, після чого працює психотерапевтом у Канзасі. Дисертація Келлі була присвячена порушенням мовлення та читання.

За кілька років до Другої світової війни він працював у сфері шкільної психології та розробляв програму пересувних клінік, на базі яких відбувалося й навчання його учнів. У цей час Келлі перестає цікавитись психоаналітичним підходом, вважаючи, що стихійні лиха більше непокоять людей, ніж психологічні проблеми на кшталт лібідних сил. Під час Другої світової війни він працює авіаційним психологом та відповідає за програму навчання цивільних пілотів. Після війни Келлі призначають професором в університеті Огайо, де він протягом двадцяти років керує програмами навчання психологів, пропонуючи поєднання клінічних навичок зі строгим слідуванням науковій методології. Там же він розробляє теорію особистісних конструктів, яка зразу після публікації у 1955 році отримала міжнародне визнання.

На Келлі вплинули роботи Й. Гербарта, які стосувалися освіти та математичної психології. Він зазначав: «Я думаю, що математика – це чистий приклад функціонування конструктів – модель людської поведінки». Тим не менш, ідея Келлі щодо теорії особистісних конструктів виникла значною мірою у спілкуванні з його близьким другом, який був актором драми в коледжі і протягом двох чи трьох тижнів він настільки злився зі своїм персонажем, що «прожив» його таким, яким він був, справді – неначе він на якийсь час став цим персонажем. Келлі вважав, що це не можна пояснити лише афектацією – він був переконаний, що це було виразом справжнього «я» його друга, і ця поведінка була справжньою, а не ігровою.

Отже, теоретичним підґрунтям терапії фіксованої ролі є теорія особистісних конструктів Дж. Келлі. Попри те, що серед вітчизняних психологів теорія особистісних конструктів є добре відомою, навіть фахівці у галузі психотерапії мало знають про психотерапевтичну практику, яка ґрунтується на цій теорії. Втім, у книзі “Психологія особистісних конструктів”, яку було опубліковано у 1955 році, окрім теорії особистісних конструктів та методу дослідження особистості на її основі, автор запропонував психотерапевтичний підхід, який назвав терапією фіксованої ролі.

Згідно з теоретичними поглядами Келлі, кожна людина має унікальну, властиву лише їй, ієрархічно організовану систему особистісних конструктів, яка визначає її ставлення до світу та до себе, і формує відповідну поведінку. Психологічні явища та процеси, які мають місце у психотерапії, подібні до тих, які властиві формальному науковому дослідженню. Завдання психотерапевта полягає у тому, щоб допомогти клієнтові побудувати “теорії”, сформулювати та перевірити специфічні гіпотези, пов’язані з теоріями, а також оцінити результати своїх експериментів, переглянувши крізь їх призму попередньо прийняті теорії.

Відповідно клієнт бачиться у такому підході аналогом дослідника у процесі психотерапії, а психотерапевт – активним співробітником, або

науковим керівником, який допомагає організувати та провести дослідження. Предметом дослідження є система особистісних конструктів клієнта. Психотерапевт допомагає клієнтові фокусуватись на важливих моментах дослідження і експериментуванні зі своєю системою особистісних конструктів.

Одне з положень, сформульованих Келлі, таке: “тією мірою, якою людина здатна відтворювати способи конструювання, використовувані іншою людиною, вона здатна брати участь у соціальному процесі, що включає іншого”. Роль у цьому підході визначається як спосіб дій, здійснюваний з урахуванням розуміння точки зору іншої людини.

Те, що людина “грає роль”, означає, що у своїй поведінці вона прагне передбачати спосіб, яким інша людина конструює події, тобто поведінка однієї людини щодо іншої специфікована потребою у розумінні способів конструювання своєї поведінки цією іншою людиною. Відповідно терапевтична експериментальна процедура, необхідна для приведення в дію процесу особистісних змін, здійснюється із врахуванням такого розуміння. Власне, запропонований варіант психотерапії Келлі вважав не лікуванням, а дослідженням.

У процесі терапії фіксованої ролі клієнти активно експериментують з прийнятими ролями гіпотетичних персонажів. Важливою відмінною особливістю цього виду психотерапії є відігравання та перевірка дієвості ролей не у кабінеті психотерапевта, а у реальному житті.

На першому етапі психотерапії клієнт пише невеликий твір, у якому характеризує себе, але з точки зору людини, яка його добре знає. Психотерапевт знайомиться з цим описом клієнта і готує іншу характеристику – характеристику гіпотетичного персонажа, роль якого розіграватиме клієнт. Клієнту пропонується уявити, наприклад, що він на певний час поїхав у відпустку, а тут на його місці залишається новий персонаж, якого він буде грати. Перед тим, як клієнт почне грати нову для себе роль, терапевт пропонує йому уявити у найменших деталях, що може говорити, думати, відчувати цей персонаж, навіть які сни він може бачити. Протягом відігравання клієнтом цієї ролі психотерапевт регулярно зустрічається з ним. На цих зустрічах вони планують експериментальні ситуації, обговорюють результати, оцінюють вдалі та невдалі експерименти. По завершенні цього “експериментального” етапу клієнт зустрічається з психотерапевтом, “повернувшись” в своє “Я”. Вони обговорюють набутий клієнтом досвід.

Зупинимось трохи докладніше на процесі отримання початкової характеристики клієнта, з якої починається терапія, та підготовці сценарію нової рольової поведінки. Психотерапевт може попросити написати клієнта характеристику себе у формі п’єси, де він (клієнт) буде головною дійовою особою.

Така форма дає можливість створити цілісний образ, зібравши усі важливі конструкти у межах своєї “імпліцитної теорії особистості”, а не зосереджуючись на випадково обраних особистісних аспектах. Перед

підготовкою сценарію ролі, що розіграватиметься, психотерапевт аналізує характеристику пацієнта, щоб виявити основні фактори, які той використовував для самохарактеристики. Також терапевт прагне визначити, якими клієнт бачить зміну та розвиток свого “Я” у майбутньому. Терапевт не покладається на своє розуміння слів, що їх вжив клієнт для самоопису, а намагається зрозуміти, який сенс вкладає клієнт у ці слова.

При розробці нової ролі дотримуються важливої умови: роль повинна містити, як мінімум, одну характеристику, протилежну самоопису клієнта. Вона обирається на основі полярності, яку психотерапевт помітив у самоописі клієнта. Найчастіше ця полярність не помічається самим клієнтом, є неявною для нього, але імпліцитно присутня у його самохарактеристиці. Наприклад: у самохарактеристиці клієнт застосовує конструкт “обережний”, а на протилежному полюсі – “агресивний”. Якщо це не слідує чітко з самоопису, терапевт може уточнити у клієнта конструкт, який знаходиться на протилежному полюсі.

Келлі вважав, що можна також запропонувати і таку характеристику, яка ніколи не спадала на думку клієнтові і яку йому буде важко інтегрувати у його систему особистісних конструктів: дослідження наслідків невідомого клієнтові типу поведінки, який він відтворить, зігравши роль, створену на основі такого конструкту, може бути корисним.

Також важливою при створенні нарису ролі та сценарію є принципова позиція Келлі на рахунок того, що розігрування має відбуватися за умови розуміння “ролі” у світлі теорії особистісних конструктів. Тобто клієнт грає роль, враховуючи погляди інших людей та відмінності їхніх точок зору від своїх.

Терапевт показує клієнтові нарис фіксованої ролі і запитує, чи достатньо правдоподібним і чи не надто загрозливим він є. За необхідності, нарис коригується і переробляється до тих пір, поки клієнт не визнає його прийнятним.

Після перевірки засвоєння нарису, узгодження проблемних моментів та згоди клієнта продовжувати роботу, йому пропонується грати в житті роль із нарису. Клієнт повинен принаймні тричі на день перечитувати нарис, намагаючись поводитись, думати та говорити, як персонаж, описаний у нарисі.

У цій терапії ні в якому разі не ставиться за мету “викорінення” особистості клієнта і заміна її якоюсь новою особистістю. Терапевт підтримує цілісність особистості клієнта, не допускає прямої її критики і ставиться до неї з повагою. Терапевт акцентує увагу на тому, що відбувається саме розігрування ролі гіпотетичної особистості, протилежної особистості клієнта. Таке розігрування слугує меті перевірки гіпотези, сформульованої клієнтом разом з психотерапевтом.

Втім, психотерапевт не демонструє й надмірного пієтету по відношенню до справжньої особистості клієнта: вона, на погляд Келлі, також є не більш, ніж гіпотетичний конструкт. Незважаючи на таке розуміння особистості клієнта, психотерапевт з розумінням ставиться до того, що клієнт, вірогідно,

ніколи не припускав, що існують альтернативи його особистості. Для терапевта є зрозумілим, що клієнту важко погодитися з такою позицією. Але вигадану роль клієнт може легко розглядати у якості гіпотези.

Перед тим як перейти до розігрування ролі поза кабінетом психотерапевта, клієнт “репетирує” її зі своїм терапевтом. Останній при цьому грає ролі значущих людей з оточення клієнта або, за необхідності, обмінюється ролями з клієнтом. Обмін ролями уможливорює реконструкцію клієнтом позицій та поглядів інших людей, їх способів конструювання подій. Без такого розуміння рольова взаємодія навряд чи буде ефективною. Психотерапевт прагне продемонструвати клієнту, яким чином гіпотези можуть бути використані у якості основи для структурування взаємодій між ним та іншими людьми та для інтерпретації результатів цих взаємодій. Приступаючи до взаємодії з іншою людиною і розраховуючи на її успішність, необхідно добре розуміти не лише свої погляди та позиції, але й погляди та позиції цієї людини. Таке навчальне розігрування ситуацій зі змодельованими значущими людьми вселяє у клієнта впевненість у тому, що він може успішно експериментувати і зі стосунками у реальному житті. Власна поведінка клієнта у такому разі виступає як “незалежна змінна”, а поведінка інших людей – як “залежна змінна”. Свою поведінку клієнт починає розглядати як таку, яку він може контролювати та якою може керувати.

По мірі надбання нових навичок клієнт все більше усвідомлює, що здатен успішно впливати на “залежну змінну”, тобто на реакції свого соціального оточення. Причому “незалежну змінну” – свою поведінку – клієнт може досліджувати невизначений відрізок часу, можливо, і все життя. Тобто ця програма дослідження є довготривалою, без визначеного терміну завершення, оскільки у клієнта-“дослідника” з’являються все нові і нові питання, на які треба отримати відповіді.

Протягом експериментування у реальних життєвих ситуаціях клієнт зустрічається з терапевтом до 5 разів на тиждень для коротких сеансів, репетицій, обговорення тощо. Роль спочатку відігрується на поверхневому плані, а потім поступово переходить на все більш інтимні міжособистісні ситуації.

Втім, наприкінці психотерапії, що триває, в середньому, 2 тижні, клієнт може повернутися до тієї рольової поведінки, яка у нього була до початку “експерименту”. За оцінку та використання чи невикористання набутого досвіду з цього часу відповідальність несе лише сам клієнт. Навіть якщо експеримент був дуже вдалим, Келлі зауважував, що клієнт не зобов’язаний продовжувати грати ту роль, яку він досліджував у психотерапії. Клієнт має продовжувати конструювати свою особистість в інших, нових експериментах. Власне, це завдання – на все життя.

Отже, терапія фіксованої ролі передбачає такі основні **етапи**:

1. Створення клієнтом нарису самохарактеристики від третьої особи.
2. Спільна розробка нарису фіксованої ролі терапевтом і клієнтом з подальшою корекцією у разі необхідності.

3. Перевірка засвоєння. Після того, як нарис фіксованої ролі створено, його обговорюють із клієнтом задля глибшого розуміння.

4. Відігравання ролі у реальному житті.

При написанні нарису фіксованої ролі краще дотримуватись таких правил:

1) розвивати основну тему нарису, а не виправляти дрібні недоліки;
2) використовувати різкий контраст, оскільки клієнту простіше зіграти ролі, кардинально відмінні від звичних;

3) підтримувати клієнта у поступовому русі, а не спонукати його до створення якогось нового стану;

4) враховувати актуальність ролі: роль повинна стосуватися реальних подій, що трапляються чи можуть трапитися у житті клієнта, а не якихось абстрактних ситуацій, відірваних від його життя;

5) брати до уваги оточення клієнта: роль має поглиблювати і полегшувати міжособистісні стосунки клієнта;

6) спонукати клієнта до використання захисних масок: клієнт не повинен повністю ідентифікуватися з роллю, “розчиняти” у ній свою особистість, він має усвідомлювати, що він протягом певного часу грає роль.

2.6. Діалектична біхевіоральна терапія

Діалектична біхевіоральна терапія (Dialectical behavior therapy, DBT) – підхід, розроблений М. Лайнен (нар. у 1943 р.).

М. Лайнен зазначає, що розробила свою терапевтичну систему у результаті адаптації широкого спектру методів когнітивної та поведінкової терапії спеціально для проблем межового особистісного розладу, включно з різними видами суїцидальної поведінки.

У своєму інтерв'ю, яке було опубліковане у 2011 р. у “New York Times”, Марша Лайнен розповіла про історію свого власного психічного розладу та одужання від нього.



Репродукція картини Ремедіос Варо «Центр Всесвіту»

Її історія професійного становлення настільки переплетена з особистою історією хвороби та одужання, що доречно переповісти окремі епізоди цього інтерв'ю.

У віці 17 років вона потрапила до психіатричного закладу і протягом тривалого часу була постійним відвідувачем ізолятора у відділенні для найважчих пацієнтів. Вона наносила собі ушкодження у вигляді опіків сигаретами або ранила руки, ноги, живіт, причому використовувала будь-які гострі предмети, які були у її розпорядженні. Навіть в ізоляторі, де не було нічого гострого, вона знаходила спосіб реалізовувати своє прагнення померти: вона зі всіх сил билася головою об стіну або об підлогу.

Вона так описує свої переживання: “Коли це відбувалося, я відчувала, наче це робив хтось інший. Щось на зразок “Я знаю, що зараз це почнеться, але не керую цим, допоможіть мені, хто-небудь! Боже, де ти?” Я відчувала себе абсолютно порожньою, як Залізний Дроворуб. Я не тільки не могла розповісти, що зі мною відбувалося, але і не могла цього зрозуміти”.

М. Лайнен згадує, що у дитинстві вона відчувала себе глибоко неповноцінною в порівнянні зі своїми привабливими і успішними братами і сестрами, але зовні вона виглядала благополучною. Її важкі переживання стали видимими іншим лише тоді, коли на останньому році навчання у школі у неї виникли жахливі головні болі, які були симптомом межового розладу особистості, діагностика та лікування якого тоді (у 60-ті роки минулого століття) ще не були добре розробленими.

Тому у неї діагностували шизофренію і лікували відповідно: потужні медикаментозні препарати, електрошокова терапія і психоаналіз. Нічого з цього не допомагало. Ніхто не розумів, що з нею відбувається, і тому медична допомога лише шкодила. Пізніше Марша дізналася, що будь-яке лікування має ґрунтуватися на фактах: які конкретно думки ведуть до тих чи інших емоцій і дій. Лікування повинно зруйнувати ланцюг, який приводить до деструктивної поведінки, і навчити новій поведінці. “Я була в пеклі”, – згадує вона. – “І я присягнулася собі, що коли я виберуся, я повернуся і витягну звідси інших”.

Зважаючи на відсутність будь-якого успіху лікування, Марша у повній зневірі була виписана з лікарні. Лікарі давали їй мало шансів вижити поза лікарнею, але вона вижила. У неї було принаймні дві спроби самогубства після лікарні, після яких вона знову потрапила до лікарні, вже іншої, у межах християнських програм, і на цей раз у неї була можливість при покращенні стану займатись деякими справами. Пройшовши роки страждань, вона стала ще більше відданою своїй католицькій вірі. Вона влаштувалася клерком в страхову компанію, почала відвідувати вечірні заняття в Університеті Лойоли і стала часто молитися в каплиці Ріпріт-центру Таємної Вечері (Cenacle Retreat Center).

“Одного разу вночі я стояла там на колінах, піднявши очі на розп'яття, і раптом весь простір заповнився золотим світінням – і раптово я відчула, як щось сходить на мене”, – розповідає вона. – “Це було таке трепетне почуття, і тоді я побігла в свою кімнату і сказала: “Я люблю себе”. Це був

перший раз на моїй пам'яті, коли я говорила сама з собою в першій особі. Я відчула, що змінилася”.

Близько року тривав підйом, а потім відчуття спустошеності повернулося. Але щось змінилося. Тепер Марша могла витримувати свої емоційні бурі, не завдаючи собі порізів або іншої шкоди. Щоб зрозуміти, що відбулось, їй знадобилися роки вивчення психології. Вона отримала докторський ступінь в Лойолі у 1971 році. Вона зрозуміла, що прийняла себе, і прірва між тим, ким вона хотіла бути, і тим, ким себе відчувала, зменшилася. Ця базова ідея тепер має назву радикального прийняття. М. Лайнен почала її використовувати у роботі з пацієнтами клініки, що спеціалізувалася на проблематиці суїцидів, у Буффало, а пізніше – і у дослідницькій роботі. Крім прийняття, звісно, потрібні й інші зміни, і когнітивно-поведінкова терапія стала для М. Лайнен змістовою частиною цих змін: освоєння нових способів поведінки і мислення веде до зміни емоційного стану. Вона дійшла висновку, що єдиним способом достукатися до осіб з суїцидальними намірами є визнання того, що їх поведінка мала сенс: думки про смерть були солодким звільненням від страждань. Як сказав Джеральд С. Девісон, який у 1972 році прийняв Лайнен в постдокторат з поведінкової терапії, “вона могла говорити людям те, що вони не хотіли чути, і при цьому вони не відчували себе переможеними”.

М. Лайнен знайшла два принципи, на перший погляд, протилежні, такі, що покладені в основу лікування. Перший – прийняття життя таким, яким воно є, а не яким воно має бути. Другий – необхідність у зміні, не незважаючи на реальність, а завдяки їй.

Вона розказує: “Я вирішила працювати з надсуїцидальними людьми, з дуже складними випадками, тому що це найнещасніші люди в світі – вони вважають, що є самим злом, що вони дуже, дуже, дуже погані, – а я розуміла, що це не так... Я розуміла їх страждання, тому що сама була там, в пеклі, не маючи ні найменшого уявлення, як звідти вибратися”.

Так вона вирішила лікувати людей з діагнозом, який поставила б самій собі, – з межовим розладом особистості. Цей стан характеризується потребою в емоційній підтримці, спалахами емоцій і саморуйнівною поведінкою або, як мінімум, бажанням її здійснювати. У процесі психотерапії межові пацієнти можуть бути маніпулятивними, ворожими, іноді – зловісно мовчазними. Але найбільше вони сумновідомі своїми демаршами з загрозою вчинити самогубство.

М. Лайнен виявила, що тотальне прийняття принаймні допомагає утримувати пацієнтів в кабінеті: пацієнти приймають себе, приймають свої божевільні пориви люті, порожнечу і тривогу, і це дозволяє їм утриматись від радикальних самодеструктивних дій. Але є частина прийняття, яка залежить від терапевта: це прийняття того, що порізи, опіки та інші способи самодеструкції, включаючи й спроби суїциду, мають певний сенс.

Але, роблячи кар'єру і піднімаючись у академічній ієрархії, перейшовши з Католицького Університету Америки в Університет штату Вашингтон в

1977 р., М. Лайнен на своєму досвіді зрозуміла, що прийняття і змін не завжди достатньо. Протягом перших років в Сієтлі вона іноді відчувала бажання накласти на себе руки, і сьогодні вона іноді відчуває спалахи паніки, наприклад, під час проїзду по тунелях. Протягом багатьох років вона час від часу звертається до психотерапевта за підтримкою і настановами, хоча жодного разу не приймала препарати після свого першого психіатричного закладу.

Лікувальний підхід Лайнен, який зараз називається діалектичною біхевіоральною терапією, включає навчання багатьом навичкам. У ньому використовуються техніки поведінкової психотерапії, але до них додано специфічні діалектичні стратегії та техніки роботи, наприклад, техніку протилежної дії, у якій клієнта просять діяти протилежно тому, що йому хочеться зробити при неадекватних емоціях, або медитацію усвідомленості, у якій людина фокусується на своєму диханні і спостерігає за тим, як емоції приходять і зникають, не переводячи їх у вчинки.

Отже, в діалектичній біхевіоральній терапії використовуються типові для когнітивно-поведінкового підходу процедури, такі як методи навчання навичкам, керування стресогенними ситуаціями тощо. З іншого боку, вона має свої особливості. Найважливіша особливість – це “акцент на діалектиці”, тобто примирення протилежностей у процесі безперервного синтезу (Лайнен, 2008).

Відмінності цього виду психотерапії від класичного підходу КБТ:

- 1) акцент на прийнятті та валідизації поведінки у тому вигляді, в якому вона виявляється в даний момент;
- 2) акцент на модифікації поведінки, що є перепорою терапії;
- 3) акцент на терапевтичних стосунках як необхідній умові лікування (Марша Лайнен зазначає, що інколи стосунки є єдиним фактором, що утримують від суїциду);
- 4) акцент на діалектичному характері процесу.

У діалектичній біхевіоральній терапії приділяється значна увага збалансованості прийняття і змін: технологія прийняття себе настільки ж важлива, як і технологія змін. У звичайній КБТ акцент робиться на змінах.

Автор описує роботу у своєму підході, використовуючи образне порівняння: “Уявіть, що пацієнт і я сидимо на різних кінцях гойдалки. Терапія – це коли ми розкачуємося на гойдалці, догори-донизу. Кожен з нас сковзає то вперед, то назад, прагнучи знайти точку рівноваги, – тоді ми разом зможемо дістатись середини і перейти на “вищий рівень”. Вищий рівень символізує особистісне зростання і розвиток, він являє собою синтез попереднього рівня. Потім все починається спочатку. Ми опиняємося на новій гойдалці, прагнучи утримати рівновагу і дістатись середини дошки, щоб дістатись наступного рівня, і так далі. Під час цього процесу, по мірі того, як пацієнт постійно сковзає то вперед, то назад, я теж рухаюсь, прагнучи зберегти рівновагу”.

Свою задачу Лайнен бачить у тому, щоб не лише зберегти рівновагу, але й рухатись не від середини до країв, а навпаки, від країв до середини.

Автор спирається на основні принципи діалектичного світогляду: 1) принцип взаємопов'язаності та цілісності; 2) принцип полярності; 3) принцип безперервної зміни (теза, антитеза, синтез).

Межовий розлад особистості Марша М. Лайнен розглядає як результат діалектичного збою: клієнт застряє на одній протилежності Суїцидальні клієнти якраз схильні до шарахання між стійкими, але суперечливими позиціями, не будучи здатними до їх синтезу. У них виразна тенденція розглядати світ через поляризовані категорії “або/або”, а не “і-і”, і використовувати жорстку систему координат. Наприклад, для них є типовим думати, що якщо людина зазнала невдачі у певній справі, значить вона назавжди залишається невдахою. Таке дихотомічне мислення розглядається як тенденція прив'язуватися або до тези, або до антитези з нездатністю до синтезу. У діалектичному підході два протилежні твердження можуть бути істинними, наприклад, “Я хочу жити” і “Я хочу померти”. Суїциденти, як правило, не вірять у таку можливість.

Розв'язання конфлікту потребує, по-перше, усвідомлення протилежностей, що складають основу конфлікту, по-друге, здатності піднятися над ними, бачачи парадоксальну природу обох полюсів разом і жодного з них – окремо. На рівні синтезу та інтеграції парадокс розв'язується.

Приклад 1. *Клієнтка виросла в родині з радикальним світоглядом. Подорослішавши, вона відкидає більшість ідей, що були привиті їй у дитинстві, та приймає інший світогляд. Її родина активно висловлює своє невдоволення. Жінка розмірковує наступним чином: або права вона, а її рідні помиляються, або вона помиляється, і тоді права її родина. Той, хто не правий, має відмовитися від своїх помилкових поглядів і прийняти іншу, вірну точку зору.*

Автор зазначає, що з формальної точки зору, задача психотерапевта – допомогти жінці об'єктивно розглянути обидві позиції, встановити, яка з них ближча до істини, та зрозуміти, які чинники заважають прийняти істину. Тоді можуть бути дві можливих причини, що змушують жінку страждати, та два шляхи, за якими має розвиватися ситуація:

- 1) у клієнтки дисфункціональне мислення, яке належить змінити;
- 2) її судження адекватні, і терапевт повинен допомогти їй прийняти власні почуття і повірити у себе.

Психотерапевт із релятивістським мисленням відштовхувався б від постулату, що жодний світогляд не може вважатися абсолютно вірним чи, навпаки, абсолютно невірним. Основні зусилля такого психотерапевта були б спрямовані на допомогу жінці у встановленні того, яка з протилежних позицій може вважатися для неї кориснішою. Акцент було б зроблено, швидше за все, на проблемах, що виникають у клієнтки у зв'язку з прийняттям нею відповідальності за власну точку зору, або на дисфункціональній потребі клієнтки у згоді з іншими людьми чи у відповідальності інших людей за її дії.

Психотерапевт з діалектичним мисленням, на думку М. Лайнен, вчиняє у такій ситуації інакше. Він допомагає клієнтці встановити фактори, які

сформували її світогляд протягом певного періоду часу, а також визначити наслідки її власних дій, що вплинули на світоглядні установки членів її родини.

Психотерапія у такому разі спрямована на виявлення факторів, що заважають подальшому розвитку й зміні. Також психотерапевт може підвести клієнтку до дослідження того, як кожна світоглядна установка пов'язана з іншими, і до висновку про те, що можна, цінуючи інший світогляд, не утискати при цьому власну позицію.

***Приклад 2.** Клієнтка повідомила свого психотерапевта про те, що відчуває сильний потяг до самогубства. Після невдалих спроб розв'язання проблеми психотерапевт запропонував клієнтці лягти у клініку, доки криза не мине. Однак жінка відмовилася від госпіталізації.*

При цьому очевидно, що клієнтка іноді бачить ситуацію, що склалася, з формальної позиції: вона вважає власні потреби й цінності більш значущими, ніж потреби й цінності психотерапевта. Строго кажучи, безпека клієнтки – це її власна справа, і психотерапевт не має права нав'язувати їй свої цінності, відправляючи її у психіатричну лікарню за обставин, коли клієнтка не погоджується. Жінка може вирішити, що в майбутньому їй варто приховувати певну інформацію або не говорити усієї правди про свої суїцидальні схильності, тобто вона прикидатиметься “нормальною”, а також не користуватиметься допомогою психотерапевта у розв'язанні проблем, пов'язаних з її суїцидальністю.

Часом мислення клієнтки є більш релятивістським, менш абсолютивістським. У такі періоди вона вважає, що може говорити з психотерапевтом про свої суїцидальні потяги, не боячись вимушеної госпіталізації. Адже якщо вона не здатна настоювати на своєму, то не має сенсу тренінг впевненої поведінки, який вона пройшла.

У той же час психотерапевт піклується про неї, хоче, щоб вона залишилася живою, навіть якщо йому доведеться нав'язати свою волю. Обидві точки зору уявляються їй рівною мірою справедливими. Однак конфлікт, що існує між ними, здається їй нерозв'язним. Тому вона виявляється у тупику (Лайнен, 2008).

Психотерапевт, що працює у діалектичному когнітивно-поведінковому підході, сприяє зайняттю клієнткою діалектичної позиції. У такому разі вона може поглянути на проблему як на зіткнення задачі психотерапевта зі створення умов, що сприяють автономії клієнтки, з одного боку, і його обов'язку захищати клієнтку від можливої шкоди, з іншого боку. Задача посилення автономії може вимагати дій, які утруднюватимуть підтримання безпеки клієнтки. І навпаки, задача забезпечення безпеки клієнтки може привести до дій, що обмежують її автономію, тобто схиляння її до відмови від своєї думки на користь думки психотерапевта. Якщо клієнтка здатна погодитися з таким станом речей і цінувати його, то вона може прийняти рішення про співробітництво з терапевтом для розв'язання своїх суїцидальних

проблем і, у той же час, спробувати знайти спосіб переконати психотерапевта у своїй безпеці.

Клієнтці, так само як психотерапевту, доведеться досягти певного компромісу між автономією та безпекою. У той же час, клієнтка не збирається забувати про власні терапевтичні задачі. Вона може прийняти рішення докласти зусиль для досягнення успіху у терапії, щоб трансформувати систему, що склалася, та примирити цінності, що перебувають у конфлікті.

Специфічні діалектичні стратегії.

Входження в парадокс. Цей метод ґрунтується на ефекті неочікуваності, непередбачуваності, подібно гумору. Коли людина стикається з парадоксом, вона зупиняється, її увага вмикається. Вхідження в парадокс багато в чому нагадує практику коанів, якою займаються учні дзен. Коан являє собою дилему або загадкову історію, яку учень повинен розгадати, навіть якщо здається очевидним, що логічного рішення не існує. Учні доводиться виходити за межі раціонального розуміння і звертатись до безпосереднього досвідного знання.

Терапевт звертає увагу клієнта на суперечливість його власної поведінки, терапевтичного процесу і всієї дійсності загалом. Спроби раціонального пояснення парадокса з боку клієнта зустрічаються мовчанням. Терапевт може лише задати додаткові питання або навести приклад, щоб допомогти у пошуку шляху розв'язання. Приклад парадоксального твердження терапевта: “Якби ви мені були байдужі, я б спробував вас врятувати”.

Використання метафор. Метафори, анекдоти, аналогії, притчі, міфи тощо – альтернативний засіб навчання діалектичному мисленню і новій поведінці. Вони стимулюють до пошуку та створення нових значень відносно певних подій. Особливо у даному контексті корисні метафори, які можуть слугувати джерелом множинних значень. Наприклад, поведінка, що перешкоджає терапії, порівнюється з діями альпініста, який відмовляється одягати теплий одяг в холодну погоду і не використовує спеціальне спорядження, або з поварчуком, який кладе у пиріг сіль замість цукру, коли кухар виходить з кухні. Пасивна поведінка порівнюється з поведінкою людини, яка сидить в куті кімнати, охопленої полум'ям.

Техніка “Адвокат диявола”. При використанні цієї техніки (вона розроблена Марвіном Гольдфридом) терапевт пропонує клієнту дуже дискусійне, спірне твердження і запитує його, чи вірить він у це твердження. Потім терапевт починає грати роль “адвоката диявола”, тобто усіма силами протистоїть спробам клієнта спростувати дане твердження. Таким чином, терапевт пропонує тезу, щоб домогтись від клієнта антитези, і в процесі обговорення вони досягають синтезу. Ця стратегія нагадує використання парадокса, коли терапевт переміщається до дисфункціонального полюса, змушуючи тим самим клієнта переходити до протилежного, функціонального полюса.

Наприклад, у якості тези психотерапевт може використати ірраціональне переконання, запропоноване А. Еллісом: “Всі люди повинні любити мене, а якщо хоч одна людина мене не любить, моє життя не має сенсу”. Терапевт відстоює хибне уявлення, виясняючи при цьому, чому клієнт не погоджується. Терапевт може використовувати позицію, запропоновану клієнтом, перебільшуючи її до тих пір, доки неспроможність вихідних переконань клієнта не стає для нього очевидною.

“Подовження”. Термін “подовження” та ідею техніки взято з айкідо. Боєць дозволяє руху суперника досягти свого природного завершення, потім подовжує кінцевий момент руху трохи далі, ніж звичайно, при цьому суперник втрачає рівновагу і стає вразливим. “Подовженню завжди передуює “злиття”, що у айкідо означає рух бійця у тому ж напрямі, що й енергетичний потік супротивника. Ця техніка являє собою емотивний еквівалент стратегії “адвоката диявола”. “Подовження” – це таке ставлення терапевта до клієнта, при якому він сприймає клієнта серйозніше, ніж той сприймає сам себе. Якщо клієнт говорить щось, щоб справити певне враження, або виражає крайні емоції, щоб домогтися незначних змін в оточенні, терапевт сприймає все буквально.

Наприклад, клієнт говорить терапевту: “Якщо ви не зробите так, як я хочу, терапія мені не допоможе” (удар суперника). Терапевт відповідає: “Якщо терапія не може вам допомогти (злиття), ми повинні щось зробити (природне завершення руху). Може, я вам не підходжу. І вам потрібен інший терапевт? Це дуже серйозно” (подовження).

Активация “мудрого розуму”. У діалектичній поведінковій терапії клієнтів знайомлять з концепцією трьох основних станів свідомості: “раціональний розум”, “емоційний розум”, “мудрий розум”. “Мудрий розум” – це інтеграція “раціонального” і “емоційного розуму”, однак він являє собою більше, ніж вони обидва, разом узяті. “Мудрий розум” додає до емоційного переживання і логічного аналізу інтуїтивне пізнання.

Клієнти навчаються входити у стан “мудрого розуму”: вони повинні позбавитись від емоційної залежності і логічного аналізу, застиглих ідей і загострених реакцій. Вони повинні стати досить спокійними для того, щоб дозволити відбутися мудрому пізнанню, без перепон “раціонального” та “емоційного розуму”.

Умови, за яких можна допомогти клієнтові увійти в такий стан, наступні.

1) Терапевт настоює на тому, що “мудрий розум” є у кожної людини. Те, що людина його не бачить або не відчуває, не означає, що його немає.

2) Терапевт наводить приклади того, як люди набували “мудрий розум” безпосередньо після кризи або хаосу у своєму житті. Затишшя настає після шторму. Людина володіє “мудрим розумом”, коли раптово осягає сутність речей, розуміє або дізнається про щось безпосередньо і виразно. Інколи досвід “мудрого розуму” переживається як розуміння цілісної картини замість окремих фрагментів.

3) Терапевт може давати клієнту вправи, які допоможуть йому відчувати той внутрішній спокій, який супроводжує стан “мудрого розуму”. Наприклад, клієнт зосереджується на своєму диханні (слідкує за вдихами і видихами), а через певний час пробує сконцентрувати увагу на своєму фізичному центрі, який розташований на “дні” вдиху. Саме в цій точці можна відчувати “локалізацію” “мудрого розуму”.

Перетворення недоліків у достоїнства. Ця стратегія передбачає перетворення проблеми у перевагу. Варіанти такої ідеї: “В слабості – сила”; “Проблеми дають можливість застосувати навички та уміння, виявити свої сильні сторони”. Наприклад, у ситуації, коли клієнт розповідає, що його звільнили, можна зазначити, що у нього з’явилась можливість застосувати навички міжособистісної ефективності, емоційної регуляції тощо.

Важливість природніх змін. Діалектика передбачає, що дійсність являє собою процес, розвиток, зміни. Причому цей розвиток нелінійний. Не можна орієнтувати клієнта на стабільність і незмінність його життєвої ситуації. Робиться акцент на природному розвитку ситуації, з його нестабільністю та непослідовністю.

Діалектична оцінка. Клієнти з межовими розладами особистості часто скаржаться, що відчувають себе сторонніми елементами, не “вписуються” в оточення, відчувають себе ізольованими від тієї культури, у якій живуть. Їм справді важко пристосовуватися до соціального світу, в якому їм доводиться жити. Традиційне розв’язання цієї проблеми – вияснити, як індивід може змінити себе, щоб пристосуватися до оточення. Соціальний же контекст кваліфікується як природний та такий, що не підлягає змінам. В діалектичній поведінковій терапії такий погляд вважається хибним. Розглядаються можливості змін, які індивід може провести не лише у собі, але й у соціальному середовищі. Діалектична оцінка спрямована на впровадження ідеї про те, що можлива інша культура – культура, в якій клієнт зможе знайти свою нішу.

Те ж стосується терапії. Якщо стан клієнта не покращується, для терапевта існує спокуса вирішити, що проблема саме в клієнті, а не в терапії. Клієнт підганяється під терапію. Це легше, ніж підігнати терапію під клієнта. Діалектична оцінка вимагає визнання відкритості для виявлення можливого ятрогенного впливу деяких терапевтичних норм та стилів при роботі з межовими клієнтами.

Отже, діалектична біхевіоральна психотерапія є оригінальним методом, який не обмежується традиційними схемами роботи. У дослідженнях 1980-х і 1990-х років учені з Університету штату Вашингтон і з інших дослідницьких установ зафіксували успіхи сотень межових клієнтів, які перебували в групі високого ризику суїциду, і щотижня проходили сеанси діалектичної біхевіоральної психотерапії. Було виявлено, що такі особи здійснювали значно менше суїцидальних спроб, рідше потрапляли до лікарень і були більше схильні продовжувати лікування, ніж ті, хто отримував інші види психотерапії. Зараз діалектична біхевіоральна психотерапія широко

використовується для лікування найважчих клієнтів, включаючи неповнолітніх правопорушників, людей з розладами харчування і наркозалежних.

2.7. Напрями когнітивної терапії, основані на концепції mindfulness

Термін “mindfulness” перекладається на українську мову як уважність, пам’ятливість. Він вживається у різних контекстах у значеннях: усвідомленість, усвідомлення, уважність, стан повноти розуму, розумність. В. Д.В. Ковпак (2016) вважає, що найкраще цей термін передається терміном “безоцінне усвідомлення”.



Репродукція картини Ремедіос Варо «Народжений знову»

Це процес, при якому людина зосереджує увагу на теперішньому моменті, сприймає те, що зараз відбувається у її внутрішньому або у зовнішньому світі та прагне до безоцінності та прийняття. Людина у цьому процесі стає доброзичливим і допитливим спостерігачем, який споглядає внутрішні процеси, але не ототожнює себе з ними, не “розчиняється” у них.

Важливим моментом є те, що людина у цьому процесі і негативні думки також спостерігає, приймаючи їх, не критикуючи себе за них та не прагнучи їх придушити. Увага спрямовується на безпосереднє сприймання через усі органи чуття. Думки й почуття спостерігаються як плинні та змінні. Спостерігач не прагне до їх оцінки, заперечення чи придушення. Він навіть протистоїть тенденції свого розуму оцінювати, критикувати, відшукувати причини, прогнозувати, планувати тощо. Натомість людина розвиває здатність приймати те, що відбувається, як самоцінне, плинне й скороминуще. Головне у практиці такого безоцінного усвідомлення не мета чи бажаний результат, якого треба досягти, а процес.

Вивчення феномена безоцінного усвідомлення почалось у 1980-ті роки минулого століття. Останнім часом у зарубіжній літературі значно зріс інтерес до концепції усвідомленості. При цьому цей інтерес розвивається одночасно у двох напрямках: 1) усвідомленість як психологічний конструкт і 2) усвідомленість як форма психотерапевтичного втручання, яка може застосовуватись для лікування та профілактики різних психічних розладів.

Сучасна психологія послуговується двома термінами, які відносяться до зазначеної концепції: усвідомленість (у значенні “awareness”) і уважність (у значенні “mindfulness”). Усвідомленість у контексті психологічних концепцій у більшості випадків трактується як здатність зосереджувати довільну увагу на поточних подіях та відчуттях, а також переключати увагу з одних предметів та явищ на інші, керуючи таким чином процесом фокусування.

Деякі автори переконані у тому, що термін “mindfulness” був винайдений навмисно і першопочатково використовувався для перекладу буддійського терміну “саті”, який зазвичай перекладається як “уважність, пам’ятливість”. Однак він має ширший зміст: усвідомленість (як стан) або спрямування уваги на поточний момент з безпристрасною обізнаністю, такою, що приймає все таким, яким воно є, та не реагує (специфічний процес).

У 80-ті роки ХХ століття буддійські прийоми культивування “саті” були адаптовані західною психологією. Термін “mindfulness” зажив самостійним життям, і зараз цей концепт досить далеко відійшов від первинних витоків та вписався у практику західних не лише психології і психотерапії, але й нейронауки.

Дж. Кабат-Зінн, який почав застосовувати термін “mindfulness” у науковому контексті одним з перших, визначає його як “безоцінну обізнаність, що виникає у результаті свідомого спрямування уваги на теперішній момент досвіду, що розгортається” (Ковпак, 2016). Ще один автор, який є авторитетним у даній галузі, Бішоп, визначає mindfulness як таке саморегулювання уваги з метою її спрямування на поточний досвід, яке посилює розпізнавання психічних подій, що мають місце у даний момент. Він акцентує увагу на таких характеристиках цього процесу як допитливість, відкритість та прийняття.

Інститут медитації та психотерапії використовує таке коротке визначення: “Mindfulness – це обізнаність щодо теперішнього моменту з його прийняттям”.

Наприкінці ХХ – на початку ХХІ століття на Заході почала формуватись нова міждисциплінарна галузь, яка отримала умовну назву “споглядальна наука” (“contemplative science”). Власне, її предметом є техніки споглядання та ефекти практикування таких технік. У цій галузі проводиться багато досліджень, зокрема, параметрів активності мозку у залежності від рівнів усвідомленості.

Так, Дж. Кресвелл з використанням функціональних методів нейровізуалізації виявив, що високий рівень усвідомленості пов’язаний зі зменшенням активації області мигдалини та ширшим полем активації префронтальної кори головного мозку. У дослідженні було виявлено виражений зворотний зв’язок між активацією префронтальної кори та мигдалини у досліджуваних з високим рівнем усвідомленості. У той же час, у досліджуваних з низьким рівнем усвідомленості не було виявлено такого зв’язку. Це дозволило сформулювати припущення, що досліджувані з вищим рівнем усвідомлення здатні регулювати свої емоційні реакції за рахунок

активності префронтальної кори та зменшення активності в області мигдалини.

Крім того, було отримано дані про негативну кореляцію усвідомленості з активністю у мигдалині, медіальній, префронтальній та тім'яній ділянках мозку під час зосередження досліджуваного на своїх відчуттях. Було також виявлено, що високий рівень симптомів депресії пов'язаний з активністю у цих ділянках позитивно.

Тим не менш, слід зауважити, що подібні техніки не є якимсь відкриттям, зробленим у останні десятиліття. У історії людської цивілізації вони існують вже давно. Більшість з них запозичено з т.з. “східних практик”, насамперед – буддійських. У одній з гілок буддизму – школі Тхеравади – вже протягом величезного періоду часу приділяється значна увага усвідомленню психічних процесів різного порядку. У школі Дзен також практика усвідомлення того, що відбувається у теперішній момент, є однією з ключових.

Саме впливом буддійських течій можна пояснити появу у публікаціях дослідників західних країн термінів на кшталт “прийняття свого досвіду”, “співчутливе ставлення до себе та страждань інших”, “здатність до безоцінного самостереження” тощо. Не можна сказати, що когнітивні науки є лідерами у психології щодо дослідження та використання цих феноменів та практик. У екзистенційно-гуманістичному напрямі такі техніки є добре асимільованими та використовуваними у психотерапевтичній практиці. Очевидно, зараз відбувається процес такої асиміляції і когнітивно-поведінковим підходом.

2.7.1. Терапія прийняття та відповідальності

Назва цього виду психотерапії свідчить про центральне місце у ній комплексу принципів та методів, пов'язаних з ідеєю прийняття. Терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy АСТ) створена на початку 1980-х років американським психологом С. Хайєсом (нар. у 1946 р.) та в подальшому розвинена також психологами К. Строзалем та К. Вілсоном. Це модель когнітивно-біхевіоральної терапії, спрямована на редукцію стратегії уникання досвіду – думок, почуттів, відчуттів, дій – та спонукання клієнта розвивати поведінку, спрямовану на реалізацію особистісних цілей – життєвих смислів. Метою терапії прийняття та відповідальності є збільшення психологічної гнучкості клієнта, під якою розуміється усвідомлений контакт з поточним моментом та здатність вибудовувати свою поведінку з урахуванням контексту та у відповідності до своїх цінностей.

Дослідники АСТ зазначають, що це єдиний психотерапевтичний підхід, розроблений у поєднанні зі своєю власною базовою дослідницькою програмою у галузі людської мови та пізнання – теорією реляційних фреймів

(Relational Frame Theory, RFT). У 1985 р. вийшла перша ґрунтовна стаття, присвячена цій теорії, за авторством Хайєса, а після цього вийшла ціла низка публікацій, у якій було розвинено положення теорії.

Теорія реляційних фреймів (Amy C. Gross) являє собою поведінково-аналітичне пояснення процесів людської мови та сприйняття. Це пояснення за своїми принципами багато в чому схоже з теорією Скіннера, у той же час, відрізняючись від більшості когнітивних та лінгвістичних підходів. Відмінність полягає насамперед у тому, що реляційна теорія фреймів “розглядає вербальні події як процес, а не як результат”. Спосіб же пояснення вербальних подій та процесів відмінний від такого і у теорії Скіннера. Скіннерівське пояснення вербальної поведінки, на думку прибічників теорії реляційних фреймів, має свої обмеження, що непрямо підтверджується фактом цитування робіт Скіннера, присвячених цій темі, переважно у теоретичних, а не емпіричних статтях. Причину ж такого стану речей автори теорії реляційних фреймів вбачають у тому, як саме Скіннер визначав вербальну поведінку та вербальні стимули. Він визначав вербальну поведінку як таку, що посилюється через інший організм, який був навчений оточуючими надавати подібне заохочення.

На думку Хайєса та співавторів, багато видів поведінки є соціально обумовленими, тому визначення Скіннера не дозволяє відрізнити вербальну поведінку від будь-якої іншої соціальної поведінки. Вербальну ж поведінку Скіннер трактує занадто широко, зазначаючи, наприклад, стосовно експериментів з тваринами, що не відносяться до людиноподібних, що тварина і експериментатор становлять “маленьке, але справжнісіньке співтовариство”. Прибічники теорії реляційних фреймів зазначають, що скіннерівське визначення у якості відмітної ознаки вербальної поведінки містить історію поведінки іншого організму – слухача. Вони вважають, що Скіннер ставив дослідника у певне виключне положення. Для класифікації поведінки організму, який цікавить дослідника (того, хто говорить), йому попередньо треба було вивчити історію іншого організму (слухача). Крім того, було піддане критиці й скіннерівське визначення вербального стимулу, яке вони вважали нефункціональним, як і його визначення вербальної поведінки. Вербальний стимул Скіннер визначав як продукт вербальної поведінки, тобто опирався у його розумінні на його джерело, а не на функцію для організму, що є об’єктом аналізу.

Хайєр та його колеги провели дослідження, присвячені вивченню еквівалентності стимулів та похідним від відношень. Це дозволило їм по-новому поглянути на трактовку вербальної поведінки та поведінки під контролем правил. Більшість людей здатна довільно встановлювати відношення між різними стимулами-подіями без прямого навчання. Наприклад, людина, яку навчили, що $A = B$ і $A = C$, при пред’явленні нових стимулів зможе вивести відношення $B = C$. Зв’язок між B і C є довільним і похідним, оскільки стимули фізично не ідентичні, і зв’язок не був отриманий прямо. Таким же чином виводяться, крім відношень еквівалентності,

відношення порівняння, протиставлення тощо. Люди здатні створювати складні “реляційні мережі”, задіюючи лише кілька прямо наuczених взаємозв’язків. Крім того, поведінкові властивості стимулу можуть змінюватися у залежності від похідних відношень з іншими стимулами. Наприклад, якщо А для людини – умовне заохочення, і вона самостійно виводить, що В протилежне А, то В, швидше за все, набуде властивостей умовного покарання.

Похідні відношення між стимулами можуть породжувати корисну модель для аналізу мови та іншої складної поведінки людини. Похідна природа відношень між стимулами відповідає символічності чи референтності мови, у якій слова та їх референти зазвичай поділяють між собою лише кілька формальних властивостей. Так, слово “лисиця” нічим не схоже на саму лисицю. Але люди часто реагують на слова та референти так, ніби вони еквівалентні. Виникнення складних мереж взаємовідношень між стимулами після прямого наuczіння лише стосовно деяких з цих відношень пояснює генеративність мови. У людей з розвиненими вербальними здібностями з легкістю виникають похідні стимульні відношення. Здатність встановлювати такі відношення корелює з когнітивними та вербальними навичками, що було підтверджено дослідженнями.

У відповідності до теорії реляційних фреймів, похідні стимульні відношення являють собою особливу форму реляційного реагування. Значна частина живих організмів, від комах до птахів та ссавців, здатна навчитися реагувати на певні фізичні властивості стимулів, обираючи, наприклад, найяскравіший або найдовший з двох стимулів (це явище називають “транспозицією”). Подібне реляційне реагування вирізняється деякими характеристиками.

По-перше, стимульні відношення є двосторонніми, і всі реляційні реакції це відображають. Тобто якщо А якимось пов’язане з В, то і В обов’язково точно так само пов’язане з А. Коли організм обирає стимул, тому що він, наприклад, довший за інший, він одночасно відхиляє другий стимул, так як він коротший, ніж обраний. В теорії реляційних фреймів ця властивість називається “обопільною відповідністю”, а у еквівалентних відношеннях цю властивість часто називають “симетрією”.

По-друге, стимули можуть з’єднуватися таким чином, що на основі їх відношень виникають нові відношення. Скажімо, при упорядкуванні трьох об’єктів за розміром реакція на два види стимульних відношень може виявити третій вид. Наприклад, можна помістити кавун зліва від яблука, тому що він більший яблука, а вишню – справа від яблука, тому що вона менша яблука. Завдяки реагуванню на ці два відношення між стимулами – 1) кавун більший яблука і 2) вишня менша яблука – з’являється третє відношення: кавун більший за вишню.

Спосіб, за допомогою якого можуть об’єднуватися двосторонні міжстимульні відношення, що породжують нові відношення, називають “комбінаторною відповідністю”. В еквівалентних відношеннях ця властивість

часто називається “транзитивністю”. Згідно з теорією реляційних фреймів, люди встановлюють похідні відношення між стимулами, оскільки навчаються будь-якому реляційному реагуванню на стимули навколишнього середовища, оснований на контекстуальних сигналах.

Термін “реляційний фрейм” (“рамка відношень”) використовується для опису універсальної моделі будь-якого реляційного реагування, якому властиві взаємна відповідність, комбінаторна відповідність та трансформація стимульних властивостей.

Контекстуальні сигнали визначають і релевантні відношення, і властивості, які будуть перетворені в реляційний фрейм. Використання метафори рамки – “фрейму” – покликане акцентувати ідею про те, що цей тип реакції може включати в себе будь-які стимули-події, подібно до того, як у рамці може знаходитися будь-яка картина. У межах цієї теорії було виявлено низку реляційних фреймів, таких як фрейми узгодження, протиставлення, розрізнення, порівняння, ієрархії, а також дейктичні фрейми іншої точки зору. Реляційні фрейми та реляційні мережі описують поведінкові репертуари, а не гіпотетичні чи передбачувані ментальні структури або інформаційні конструкції. Реляційні фрейми відносяться до контрольованих контекстом ситуації моделей реляційного реагування, які люди отримують завдяки наслідкам (наприклад, заохоченню), які надає вербальне та соціальне співтовариство.

Оскільки довільне реляційне реагування є основою людської мови та сприйняття, визначення “вербальної поведінки” є “поміщенням подій у реляційний фрейм”. Відповідно, визначення “вербальних стимулів” має бути таким: “стимули, що впливають на поведінку за рахунок того, що вони беруть участь у реляційних фреймах”. Отже, історія поведінки самого організму, а не історія іншого організму (слухача), є основою для появи функцій вербальних стимулів. І той, хто говорить, і той, хто слухає, втягнені у вербальну поведінку: перший – тому що продукує стимули, оснований на подіях, що містяться в реляційному фреймі, а слухач – тому що реагує, орієнтуючись на ці події.

Теорія реляційних фреймів слугує теоретичною основою для терапії прийняття та відповідальності. Автори зазначають, що висновки теорії реляційних фреймів були використані для вивчення таких галузей знання та практики, як психологічний розвиток, слідування правилам, логічна аргументація, методи переконання та риторики, вирішення завдань, соціальна поведінка, упередження та стигматизація, пізнання з іншої точки зору, сексуальний потяг та навіть релігія і духовність.

Як і більшість підходів “третьої хвилі”, терапія прийняття та відповідальності утворена об’єднанням ідей, які раніше вважалися непомітними. Це відображено у одному з описів цього виду терапії: “екзистенційна гуманістична когнітивно-поведінкова терапія”. Ця терапія ґрунтується на традиції емпіричної науки, та, у той же час, акцентує увагу на ідеях цінностей, прийняття, співпереживання та життя у теперішньому.

Уникнення досвіду відбувається у зв'язку зі здатністю людини оцінювати та передбачати події. Терапія прийняття та відповідальності використовує найрізноманітніші техніки та прийоми, насамперед, метафори, парадокси, практики усвідомлення, ціннісні інтервенції. Клієнт спонукається до здійснення конкретних дій, як і у інших варіантах поведінкової терапії. Тим не менш, у цьому виді терапії присутня й істотна екзистенціальна складова – саме її представляє ідея важливості контакту з цінностями. Акцентується увага на тому, що людині для руху вперед та щоб бути вмотивованою та надихненою, необхідна опора на цінності. Цей підхід орієнтує клієнта на здійснення уважних та усвідомлених дій, узгоджених і з цінностями.

У скороченій назві підходу – англійське слово “act”, що має вказувати на дію та на базову когнітивну складову методу. Справді, йдеться про здійснення людиною конкретних дій. У повній назві підходу зафіксована і екзистенційна складова – сенс прийняття того, що знаходиться за межами особистого контролю, і відповідальності за власне життя та здійснювані вибори. Людина має усвідомлювати, що лише від неї залежить, чи обере вона дії, що ведуть до розвитку та сповненого смислами життя, чи буде діяти на основі шаблонів та стереотипів, відмовляючись таким чином від осмисленого вибору. Терапія прийняття та відповідальності ставить за мету допомогти клієнтові створити повне, насичене та осмислене життя, навчившись приймати усі його аспекти, включаючи труднощі, біль, перепони та негаразди, які є невід'ємною частиною життя.

У цьому підході також приймають до уваги таку тенденцію людського розуму як “когнітивне сплутування”. Йдеться про застрягання людини у пастці змісту того, про що вона думає. Таке застрягання призводить до переважання думання над іншими способами поведінкової регуляції. Під “думанням” розуміється будь-яке символічне чи порівняльне мислення, що виникає довільно. До нього відносять слова, думки, знаки, образи тощо. Такі корисні властивості нашого розуму, як здатність формувати судження, оцінювати, класифікувати, порівнювати, маркувати інформацію, можуть ставати пасткою – у тих випадках, коли ми сприймаємо зміст розуму буквально і думаємо, що те, як ми себе сприймаємо, і є ми. Щоб не потрапити у цю пастку, людині слід навчитись займати метапозицію стосовно потоку своєї свідомості та усвідомлювати суб'єктивність внутрішньопсихічної картини реальності. Здатність займати таку метапозицію є потужним антидотом проти різних форм стресу, які є за своєю сутністю деструктивними способами уникнення, придушення або ж надмірної фіксації на негативних емоційних переживаннях та думках.

У стані когнітивного сплутування і злиття людина “ловиться” своїми ж думками, потрапляє у капкан їх змісту. Думки починають людиною сприйматись буквально, приймаються за “правду”, на віру, тобто некритично. Вони постають у якості правил, яких начебто треба дотримуватись, або важливих подій, які потребують повної уваги людини. Злиття зі своїми думками означає для людини їх сильний вплив на її стан та поведінку.

Натомість, “когнітивне розчеплення” уможливорює зайняття метапозиції – позиції спостерігача. Для того, щоб її зайняти, людині треба ніби відступити назад від своїх думок і почати їх усвідомлювати. У такому разі вона уникає небезпеки бути “спійманою” власними думками. Вона вчиться ставитись до своїх думок як до плинного і змінного потоку різних слів, асоціацій, звуків, картинок – всього, що стає змістом функціонування другої сигнальної системи. Цей зміст почасти зовсім не пов’язаний з поточним перцептивним досвідом. При когнітивному розчепленні людина дистанціюється від думок і понижує їх вплив на себе: ці малоусвідомлені, шаблонні когнітивні утворення перестають жорстко детермінувати поведінку.

У літературі, присвяченій терапії прийняття та відповідальності, описано величезну кількість технік когнітивного розчеплення.

Наприклад, розповсюдженими **техніками** протидії думкам, що провокують на певну небажану поведінку, є такі:

- відсторонено спостерігати ці думки;
- гучно повторювати їх раз за разом, поки це не перетвориться на беззмістовний набір звуків;
- уявити їх такими, що звучать голосом якогось персонажа з мультфільму;
- заспівати їх на якийсь легковажний мотив;
- сказати подумки: “Дякую, розуме, за такі незвичайні / регулярні / цікаві думки”.

Як бачимо, жоден з цих методів розчеплення не використовує оцінку чи обговорення небажаних думок. Для цього виду терапії зовсім не принципово, це ірраціональні, адаптивні думки чи навпаки. Не важливі ні їх зміст, ні оцінка цього змісту. Важливим є лише зупинити думку, щоб не бути нею спійманим.

Більше значення мають не питання “Про що саме ви думаєте і чи раціональна ця думка?” або “Чи адаптивною є ваша поведінка?”, а питання “Чи те, що ви зараз робите, зробить ваше життя насиченішим, повнішим та більш значущим?”, “Що ви зараз робите, і чи усвідомлюєте ви це?”

Усвідомленість себе, своїх дій дозволяє краще пізнати себе – дізнатись більше про те, як ми відчуваємо, думаємо, реагуємо; побудувати глибокі та тісні стосунки з іншими людьми; свідомо впливати на розширення власного поведінкового репертуару; підвищити психологічну стійкість та задоволеність життям.

Наведемо фрагмент діалогу терапевта, який працює у даному підході, та його клієнта. У ньому терапевт пояснює модель терапії клієнту. Цей фрагмент показовий, тому що, по-перше, демонструє роботу терапевта у цьому підході, по-друге, показує, як “клієнтською мовою” терапевт розкажує про позиції підходу.

Терапевт: Просто пояснити, то таке АСТ, важко, тому я вдаюся до метафори.

Клієнт: Добре.

Терапевт: Чудово. (Терапевт бере велику книгу в твердій палітурці і показує її клієнту.) Я хочу, щоб ви уявили, то ця книга являє всі тяжкі думки, відчуття і спогади, з якими ви до цього моменту боролися. І я хотів би, щоб ви якомога сильніше схопили її, щоб я не міг вирвати її у вас. (Клієнт сильно стискає книгу в своїх руках.) Тепер я хотів би, щоб ви тримали книгу перед своїм обличчям так, щоб не бачити мене – і піднесіть її так близько до свого обличчя, щоб вона торкалася вашого носа. (Клієнт тримає книгу перед своїм обличчям, книга повністю закриває клієнта від терапевта і кімнати навколо).

Терапевт: Тепер скажіть мені, як це намагатися розмовляти зі мною, коли ви повністю охоплені своїми думками і почуттями?

Клієнт: Дуже важко.

Терапевт: Ви відчуваєте, що маєте зв'язок зі мною, зацікавлені в бесіді зі мною? Ви можете читати вираз на моєму обличчі? Якби я зайнявся тепер піснями і танцями, змогли б ви бачити мене?

Клієнт: Ні.

Терапевт: І як виглядає кімната?

Клієнт: Я нічого, крім книги, не бачу.

Терапевт: Таким чином, поки ви повністю зайняті всіма цими речами, ви багато пропускаєте. Ви відімкнені від навколишнього світу. Також зауважу, що поки ви міцно тримаєтеся за власні думки і почуття, ви не можете робити багато речей для свого життєзабезпечення. Вченіться в книгу якомога сильніше. (Клієнт сильніше стискає книгу.) Тепер, якщо я попрошу вас заколисувати дитину або міцно обійняти кохану дівчину, або керувати машиною, або приготувати обід, або друкувати на комп'ютері, змогли б ви це робити, поки міцно прив'язані до книги?

Клієнт: Ні.

Терапевт: Тому поки ви весь прив'язані до цих речей, ви не тільки втрачаєте контакт з навколишнім світом і відімкнені від своїх зв'язків, але також не можете нічого робити для забезпечення свого життя.

Клієнт: (киваючи) Згоден.

Терапевт: Чи не заперечуєте, якщо я поставлю свій стілець так, щоб сісти навпроти вас? Є де що ще, що б я хотів продемонструвати.

Клієнт: Звісно.

Терапевт: (підсуває свій стілець до клієнта) Чи можу я отримати книгу на мить? (Терапевт бере книгу.) Можу я упевнитися – у вас немає проблем з шиєю і плечима?

Клієнт: Ні.

Терапевт: Добре. Я перевіряю, тому що це вимагатиме деякого фізичного зусилля. Я хочу, щоб ви поклали обидві свої долоні на одну сторону книги, а я маю намір покласти свої руки на іншу сторону, і я хотів би, щоб ви відштовхували книгу від себе. Штовхайте впевнено, але не так сильно, щоб повалити мене. (Клієнт намагається відштовхнути від себе книгу, а терапевт заважає йому). Продовжуйте відштовхувати. Ви ненавидите ці речі, так? Вам неприємні ці думки і почуття? Тому відштовхуйте їх від себе

якогомога сильніше – намагайтеся, щоб вони пішли. (Терапевт продовжує чинити опір, тому клієнт продовжує напирати, в той час як терапевт напирася зі свого боку). Отже, ви дуже намагаєтесь відштовхнути думки і почуття, які приносять біль. Вам доводилося робити це роками, і пішли вони? Упевнений, ви тримаєте їх від себе на довжину руки, але якою ціною для себе? Які ваші відчуття в плечах?

Клієнт: Не так погано насправді. Це гарне тренування.

Терапевт: (наголошуючи сильніше) Добре, зараз все нормально, ми робимо це лише кілька секунд, але яким буде ваше відчуття, якщо це робити весь день?

Клієнт: Я б відчував сильну втому.

Терапевт: (все ще напирючи на книгу) І якщо я попрошу вас зараз друкувати на комп'ютері або вести машину, або обійняти кохану, змогли б ви зробити це?

Клієнт: Ні.

Терапевт: І як це намагатися підтримувати бесіду зі мною, в той час як ви робите це?

Клієнт: Дуже відволікає.

Терапевт: Ви відчуваєте себе трохи відімкненим?

Клієнт: Так.

Терапевт припиняє опір. Він забирає книгу назад.

Терапевт: Добре, давайте спробуємо зробити ще дещо. Чи не заперечуєте, якщо я покладу книгу на ваші коліна, і вона буде лежати там? (Клієнт киває. Терапевт кладе книгу на коліна клієнта). Чи не правда, тепер доводиться витратити значно менше зусиль? Як тепер ваші плечі?

Клієнт: Набагато краще.

Терапевт ставить свій стілець на місце.

Терапевт: Зауважте, ви зараз в змозі направити вашу енергію на щось конструктивне. Якщо я попрошу вас зараз приготувати обід або зіграти на піаніно – ви в змозі будете це зробити, так?

Клієнт: (посміхаючись) Так.

Терапевт: І як розмовляти зі мною зараз на відміну від попередньої вправи (мімікою показує відштовхування книги) або цього (імітує прикладання книги до очей)?

Клієнт: Легше.

Терапевт: Ви відчуваєтеся більш залученим у бесіду зі мною? Чи можете ви читати мій вираз обличчя?

Клієнт: Так.

Терапевт: Зауважу також, ви можете вільно оглядати кімнату навколо себе. Якщо я почну пісні-танці, ви зможете побачити все це.

Клієнт: (посміхається) Так. (Дивиться на книгу). Але вона все ще тут. Я не хочу її.

Терапевт: Абсолютно вірно. Вона все ще тут. І звичайно, ви не хочете її, кому потрібні всі ці думки і почуття, які приносять біль? Але зауважте,

тепер ці речі значно менше справляють на вас вплив. Тепер, я впевнений, в ідеальному світі вам би захотілося зробити ось так. (Терапевт імітує кидання книги на підлогу). Ви намагалися робити це роками. Давайте коротко згадаємо. Ви намагалися приймати ліки, алкоголь, читали книги з самодопомоги або терапії, лежали на ліжку, уникали проблемних ситуацій, били себе, звинувачували своїх батьків, відволікали себе, переписували минуле, намагалися збагнути, чому ви такий, займалися курсами саморозвитку, а також робили багато інших речей. Припустимо, ніхто не назве вас ледачим. Ви, очевидно, витратили багато часу, сил і грошей, намагаючись позбутися неприємних думок і почуттів. І незважаючи на всі ці зусилля, вони все ще з вами. Вони тут, зараз. (Терапевт вказує на книгу на колінах клієнта). Деякі з них на короткий час йшли, але незабаром знову поверталися, чи не так? І, чи не так, вони зараз більші і важчі, ніж це було в ті роки, коли ви вперше почали боротися з такими речами? Зараз значно більше неприємних відчуттів, думок і спогадів, ніж це було п'ять років тому, чи не так?

Клієнт: Так.

Терапевт: Тому навіть якщо кожен інстинкт вашого тіла хоче цього (імітує відкидання книги на підлогу), така стратегія не призводить до бажаного ефекту. Ситуація лише погіршується. Таким чином, ми більше не хочемо робити те, що не працює, так?

Клієнт: Я вважаю, ні.

Терапевт: Отже, терапія АСТ якраз орієнтована на все це. Нам належить вивчити деякі техніки, які називаються техніками усвідомленості (майндфулнес) і дозволяють ефективно впоратися з неприємними думками і почуттями – таким чином, що вони здійснюють малу дію і вплив на вас. Тому замість того, щоб робити це (бере книгу і тримає її перед своїм обличчям) або це (імітує викидання книги), ви можете робити це (опускає книгу на свої коліна). І зауважте, це не тільки дозволяє вам бути на зв'язку з навколишнім світом і займатися своєю справою, а й звільняє вас для ефективних дій. Коли ви більше не боретеся з такими речами, не вбираєте їх, не тримаєтеся за них – ви вільні. Тому тепер ви можете витратити свою енергію на поліпшення якості вашого життя – їзду на велосипеді, гру на гітарі, зустрічі з друзями. Подобається вам таке?

Клієнт: (посміхаючись) Так.

У терапії прийняття та відповідальності прагнуть допомогти клієнтові у виробленні психологічних навичок усвідомлення, таких як: розчеплення, подолання/недопущення злиття, дистанціювання від думок, переконань, спогадів, що заважають; прийняття, тобто надання психологічного простору хворобливим почуттям, бажанням, відчуттям, дозвіл їм вільно “приходити і йти”; навичка утримання зв'язку з теперішнім моментом, максимально повна взаємодія з досвідом тут і зараз, відкритість та зацікавленість стосовно того, що відбувається у поточний момент; навичка всеосяжного усвідомлення, відкриття можливостей повного переживання себе, трансцендентного аспекту

свого Я, яке усвідомлює думки і почуття як поточний досвід, але не ототожнюється з ними.

Вироблена навичка розчеплення уможливорює просте спостереження за гнітючими чи тривожними думками, подібно до того, як людина спостерігає політ птаха, морські хвилі чи машину, що проїжджає повз. Поступово людина формує позицію та відповідну поведінку, які у східних практиках називають “не-діянням”. Практики споглядання виробляють у людини здатність відокремлювати себе від подразників, з якими вона без застосування цієї здатності може автоматично “зливатися”, “зчіплюватися”. Навичка прийняття дозволяє припинити непотрібну та виснажливу боротьбу з неприємними почуттями і просто залишатись у своєму бутті, незважаючи на тимчасовий дискомфорт.

Але ці навички усвідомлення та прийняття важливі не у самодостатньому ізольованому їх значенні, а у контексті життєвих цінностей та відповідальної поведінки. У підході терапії прийняття та відповідальності клієнти навчаються ідентифікувати та прояснювати власні цінності та вибудовувати свою поведінку у відповідності до них. Терапевти допомагають клієнтам встановлювати орієнтири та цілі, організовувати себе у відповідності до них та здійснювати необхідні зміни.

У терапії прийняття та відповідальності говорять про такі процеси, які забезпечують клієнту вироблення зазначених важливих навичок.

1. *Контакт з теперішнім моментом* (Contacting the Present Moment – Be Here Now): усвідомлення “тут і тепер”, пережите з відкритістю, інтересом і прийняттям; свідоме переживання себе у теперішньому моменті. Такий контакт передбачає протидію “автопілоту”, автоматизмам та шаблонному сприйманню себе і дійсності.

2. *Когнітивне роз’єднання (розплутування, розчеплення)* (Defusion – Watch Your Thinking): застосування методів, що знижують вплив на психіку думок, образів, емоцій і спогадів. Запускання процесу когнітивного розчеплення допомагає позбутися небажаного впливу неконтрольованих мислення та інших психічних процесів через дистанціювання з ними та відмежування від них. У терапії прийняття та відповідальності не прагнуть змінити форму, частоту цих думок чи ситуаційну чутливість до них, натомість, намагаються змінити спосіб, яким людина з ними взаємодіє. Мається на увазі створення психологічних контекстів, у яких марне функціонування думок та інших негативних психічних утворень зведено до мінімуму.

3. *Прийняття* (Acceptance – Open Up): процес відкривання і звільнення простору для хворобливих переживань, відчуттів, занепокоєнь та емоцій. Прийняття включає в себе позицію безоцінного сприйняття того, що відбувається, таку, що характеризується співчуттям, добротою, відкритістю, орієнтацією на актуальний момент і готовністю сприймати те, що відбувається. На думку Хайєса, прийняття передбачає переживання у всій повноті, без використання захисних стратегій, контакт з “автоматичними або прямими функціями стимулів і без реагування на основі складних понять,

сформованих цими стимулами”. Людина неначе бере паузу між стимулом і реакцією, у якій намагається усвідомити все, що з нею відбувається на рівні відчуттів, думок і почуттів. Тільки після цієї паузи-усвідомлення людина обирає свою поведінку. Наприклад, при переживанні тривожного стану клієнт, застосовуючи стратегію прийняття, полишає спроби побороти тривогу, страх чи паніку, не прагне їх негайно позбутися, придушити тощо, а дозволяє собі відкрито переживати їх, ігноруючи оцінки розуму, такі як: “я не здатен це пережити”, “що я робив не так?”, “я слабак – сильна людина не боїться” і т.і.

Прийняття базується на переживанні, а не на мисленні. Людина не шукає терміново відповіді на питання “Що робити?”, а говорить собі: “Так, я приймаю цей стан”. Важливо зауважити, що прийняття – це не пасивність чи повна безвольність, навпаки, це навмисна і вольова дія, яка передбачає вибір чіткої позиції сприймання. Протилежність прийняття – це уникання досвіду або спроба контролювати те, що відбувається: змінити форму, частоту чи чутливість до ситуації або власних думок, почуттів, відчуттів, спогадів тоді, коли такі стратегії не приносять бажаного результату і навіть шкідливі. Тобто, відповідно до ідеології прийняття, проблема не у самих почуттях чи думках, а у тому, як ми до них ставимося і що робимо. Контроль може бути й корисним, але у ситуаціях, коли він стає руйнівним, необхідне застосування стратегій його нейтралізації.

4. Спостереження себе як контексту (Self-as-Context – Pure Awareness): прагнення до трансцендентного почуття себе, безперервність, незмінність свідомості. Зазвичай ми не зважаємо на відмінність між такими двома елементами сфери нашого розуму, як роздуми про себе і спостереження себе. Перший елемент стосується генерації думок (думання), спогадів, фантазій тощо, які стосуються себе. Другий елемент – це спостереження себе. Більшість людей погано уявляє, що означає спостерігати себе. Це аспект знання про те, що і як ми думаємо, відчуваємо, бачимо або робимо в будь-який момент. У терапії прийняття та відповідальності для позначення цього аспекту використовується вираз “спостереження себе як контексту”. Є певна сфера нашої особистості, що не змінюється протягом життя, є сталою та такою, що спостерігає ті зміни, що з нами відбуваються. Змінюються параметри нашого фізичного тіла, наші думки й почуття, але наше Я залишається незмінним, що дає нам можливість розуміти, хто ми. Можна назвати це почуттям самості, пов’язаним з чітким переконанням щодо себе.

Самість є трансцендентною; цій частині доступне усвідомлення того, що зазвичай не усвідомлюється, навіть те, що знаходиться за межами нашого Я. Якщо людина зосереджується на аспекті свого розуму, пов’язаному з самістю, вона займає метапозицію по відношенню до аспектів, пов’язаних з думанням, відчуженням тощо; вона отримує можливість не потрапляти під вплив автоматизованих, шаблонних когнітивних процесів та не вести себе у відповідності до їх “диктату”. Така метапозиція може бути розвинена за допомогою прийняття та когнітивного роз’єднання. Людина навчається сприймати різні думки, ідеї, концепції без осуду і оцінки, залишаючи у

пріоритеті глибоке переживання себе, а не зміст досвіду. Як правило, людина переживає “себе як контекст” не постійно, а лише короткими моментами, але саме ці моменти є прикладами від’єднання своїх думок, дистанціювання від них, і одночасно – присутність у контакті з ними.

5. *Прояснення цінностей* (Values – Know What Matters): відкриття найбільш важливих принципів істинного себе. Це стосується таких питань, як “Чому ви хочете присвятити своє життя?”, “Що для вас є найважливішим у вашому житті?”, “Що ви хочете підтримувати?” Цінності описують те, як людина хоче проживати своє життя, що саме робити у першу чергу. Це стосується не лише життя загалом, але й кожного конкретного його моменту. Прояснення цінностей є важливим кроком у створенні змістовного життя. Цінності – це своєрідний компас, що вказує людині напрямок руху, тому доречно сказати, що прояснення цінностей – це вибір життєвих напрямків. Загальноприйнятими життєвими цінностями є: активне, діяльне життя, здоров’я, любов, матеріальна забезпеченість життя, дружба, суспільне визнання, розваги, свобода, сім’я, впевненість в собі.

6. *Зобов’язання зі зміни поведінки* (Committed Action – Do What It Takes): визначення цілей, які відповідають цінностям, і відповідальне досягнення їх. Зобов’язання зі зміни поведінки означають здійснення активних дій на основі наших цінностей. Йдеться про те, що окрім усвідомлення та прийняття себе, прояснення своїх цінностей, є ще одна важлива складова, без якої повне, осмислене життя буде неможливим. Це зобов’язання до дії, відповідальна поведінка у напрямку власних цінностей. Користуючись метафорою компасу, можна сказати, що мандрівник, який просто дивиться на компас, залишаючись на місці, нікуди не прийде. Щоб потрапити у бажане місце, йому необхідно, визначивши напрямок, піти, тобто вчинити конкретні дії. Важливо розуміти, що ціннісно-орієнтовані дії викликають не лише приємні переживання, можуть приносити як задоволення, так і біль. Тому жити на основі наших цінностей означає “робити, що потрібно”, навіть коли це приносить біль і дискомфорт. У цій частині терапії можуть використовуватись будь-які традиційні поведінкові втручання, такі як постановка цілей, демонстрація, активація поведінки і навчання, тренінг впевненої поведінки тощо. Головна вимога до них – це їх спрямованість на забезпечення життєвих цінностей, а не на уникнення досвіду.

Слід зазначити, що ці 6 основних процесів у терапії прийняття та відповідальності – це не якісь ізольовані один від одного або такі, що сліднують у певному порядку, процеси. Це різні сторони єдиної здатності, яка розвивається у процесі терапії, – психологічної гнучкості. Це здатність бути в теперішньому моменті з повною обізнаністю і відкритістю до досвіду і вчиняти відповідно до власних цінностей. Отже, головна мета цього виду терапії – підвищення психологічної гнучкості, яка є основною умовою підвищення якості життя. Адже володіючи зазначеною здатністю, ми значно ефективніше можемо реагувати на проблеми і виклики, які перед нами ставить життя.

Крім цих 6 центральних терапевтичних процесів, які сприяють розвитку психологічної гнучкості, є й відповідні їм 6 центральних патологічних процесів, які ведуть до розвитку психологічної негнучкості. Це: 1) домінування концептуалізованого минулого та майбутнього, обмежене самопізнання; 2) сплутування; 3) уникання досвіду; 4) прив'язаність до концептуалізованого Я; 5) неясність цінностей та відсутність контакту з ними; 6) дії, що не спрацьовують.

Оцінюються вони за допомогою питань, які дозволяють отримати доступ до цих процесів.

1. *Виявленню домінування концептуалізованого минулого та майбутнього, обмеженого самопізнання* сприяють питання по типу: “Як багато часу ви проводите, проживаючи минуле або фантазуючи / непокоячись про майбутнє?”, “Які елементи минулого чи майбутнього ви проживаєте?”, “Якою мірою ви відімкнені від реальності чи не усвідомлюєте свої думки, почуття і дії?”.

2. *Виявленню сплутування* сприяють такі питання: “У якого типу марний зміст ви занурені – жорсткі правила чи очікування, самообмежувальні переконання, критицизм або судження, резонування, самовиправдання, ідеї безвиході і непридатності тощо?”.

3. *Виявленню уникнення досвіду* сприяють питання по типу: “Якого особистого досвіду (думок, почуттів, спогадів) ви уникаєте? Як ви це робите?”, “Наскільки уникнення досвіду проникло в ваше життя?”.

4. *Виявленню прив'язаності до концептуалізованого Я* сприяють питання по типу: “Як ви концептуалізуєте себе? Наприклад, чи бачите ви себе зламаним / пригніченим / слабким / дурним тощо, чи, можливо, бачите себе сильним / досконалим / успішним?”, “Наскільки ви занурені у образ себе?”, “Ви визначаєте себе у термінах свого тіла, рис характеру чи певної ролі або діагнозу?”.

5. *Виявленню відсутності ясних цінностей і контакту з ними* сприяють питання по типу: “Які ключові цінності для вас є неясними, нехтуються вами або ви дієте не узгоджено з ними?”. Зазвичай знехтувані цінності містять комунікацію, турботу, справжність (автентичність), відкритість, любов, пожертвування, співучасть, навчання, життя в сьогоденні.

6. *Виявленню дій, що не спрацьовують*, сприяють питання по типу: “Які імпульсивні, самозахисні дії або дії, що дозволяють вам уникати якихось речей, ви робите?”, “Чи перестаєте ви наполягати, коли потрібні наполегливі дії? Чи ви недоречно продовжуєте, коли такі дії неефективні?”, “Яких людей, місць, ситуацій і активностей ви уникаєте?”.

Важливою концепцією терапії прийняття та відповідальності є *застосовність*. Клієнт має дати собі відповідь, чи є корисним те, що він робить, чи робить це його життя повнішим, багатшим, більш осмисленим. Якщо відповідь ствердна, значить стратегія працює, якщо заперечна – значить, не працює, і треба шукати більш дієві стратегії.

Невеличкий фрагмент діалогу терапевта і клієнта демонструє використання концепції застосовності.

Клієнт: Але це правда. Я занадто багато важу. Подивіться на мене.

Терапевт: Єдине, що я можу гарантувати вам: в цій кімнаті ми ніколи не будемо сперечатися щодо того, що є правда чи брехня. Ми тут зацікавлені в тому, що корисно або що допомагає вам поліпшити життя. Тому коли ваш розум починає говорити вам “Я – товстий”, що відбувається, коли ви весь охоплений цими думками?

Клієнт: Я стаю неприємний собі.

Терапевт: І що далі?

Клієнт: Далі я впадаю в депресію.

Терапевт: А якби я дивився відео з вами, то що б я побачив, що ви робите, коли відчуваєте себе депресивно і ненавидите себе?

Клієнт: Я б, імовірно, сидів перед телевізором і їв морозиво.

Терапевт: Таким чином, весь час думати “Я – товстий” не видається продуктивним, чи не так?

Клієнт: Ні, це правда!

Терапевт: Добре, дозвольте промовити мені це знову: з таким підходом ми зацікавлені не в тому, що є правдою чи брехнею, а в тому, що корисно. Коли такі думки потрапляють в вашу голову, чи допомагає вам зациклення на них? Мотивує це робити фізичні вправи або правильно харчуватися, або витратити час на речі, які роблять життя багатим і наповненим?

Клієнт: Ні.

Терапевт: Так що на рахунок того, щоб спробувати тут щось інше, що, якщо ви зможете отримати корисні знання, завдяки яким в наступний раз, коли ваш розум скаже “Я – товстий”, ви не особливо зациклюватиметесь на цьому?

Методи терапії прийняття та відповідальності сприяють розвитку у терапевта таких якостей, як співчуття, прийняття, емпатія, повага, здатність до психологічної присутності у теперішньому моменті, навіть у ситуації сильних емоційних переживань. Позиція терапевта визначається, виходячи з того, що завдяки людській мові, він з клієнтом знаходиться “в одному човні”. Терапевт не має бути якоюсь просвітленою істотою або людиною, яка розв’язала усі свої проблеми. Як зазначає один з популяризаторів цього виду терапії Р. Херріс, терапевт може сказати клієнту приблизно таке: “Я не хочу, щоб ви подумали, ніби я ідеально живу. Швидше, ви піднімаєтеся на свою гору, а я – на свою. Не думайте, що я вже забрався на вершину і там відпочиваю. Просто з того місця на моїй горі, де я зараз перебуваю, я можу бачити перешкоди на вашій горі, які ви не помічаєте. Я можу вказати вам на них, і, можливо, показати альтернативні обхідні маршрути”.

2.7.2. Основана на усвідомленні редукція стресу

Однією з ранніх вдалив спроб застосувати практику усвідомлення у терапевтичних цілях є терапія, що поміщає у центр своєї уваги зниження стресу за допомогою усвідомлення (Mindfulness-based stress reduction, MBSR). Ця програма була створена Дж. Кабат-Зінном у медичному центрі університету Массачусетса. Вона була розроблена для допомоги людям з хронічними дистресом, болем та іншими дисфункціями.

Кабат-Зінн (нар. у 1944 р.) на момент створення програми (1979 р.) був молодим вченим у галузі молекулярної біології, але, окрім наукової роботи у традиційному форматі, цікавився також буддійськими практиками, і сам активно практикував методи споглядання. Його цікавив спосіб, яким би можна було медитацію, оминаючи її релігійну складову, включити у практику лікування. Він прагнув створити програму лікування, яка б піддавалася науковому контролю і була прийнятна з філософської точки зору. Так з'явилася програма, метою якої була редукція стресу з допомогою практики усвідомлення. Першими учасниками програми стали клієнти з різними хронічними захворюваннями. Але згодом коло проблем, з якими люди проходили цю програму, значно розширилося. Це важкі життєві ситуації, різноманітні стресові умови, у яких працюють такі категорії осіб, як військові, поліція, а також медичні працівники.

На сьогоднішній день програма є офіційно визнаною у якості допоміжного засобу при лікуванні великої кількості розладів. Її використовують більше, ніж 250 лікарень і клінік у різних частинах світу. Викладання методу входить до програм медичних факультетів найвідоміших університетів.

Було проведено рандомізовані клінічні дослідження, які показали позитивну динаміку у осіб з хронічним больовим синдромом, які пройшли програму основаної на усвідомленні редукції стресу. Вона призначена для будь-яких осіб, які страждають від наслідків стресів, хоча, в першу чергу, створювалася для пацієнтів з різними хронічними захворюваннями. В основі програми лежить концепція “усвідомленості” (mindfulness), яка була розглянута нами вище.

Підхід ґрунтується на таких *ідеях*:

1. Людина у своєму звичайному стані є істотою, більшою мірою “неусвідомлюваною”: більша частина того, що відбувається у даний момент, проходить повз її свідомість. Повсякденне життя людини – це своєрідний режим “автопілота”.
2. Тим не менш, людина здатна спрямовувати та утримувати увагу на тому, що відбувається у її психіці.
3. Цю здатність можна істотно розвинути шляхом поступової, регулярної практики.
4. Усвідомлення того, що відбувається у кожен момент, може значно збагатити життя того, хто займається таким усвідомленням, зробити його

більш насиченим та уможливити припинення сліпого, рефлекторного реагування на виклики життя і почати осмислено відповідати на такі виклики.

5. Постійне безоцінне спостереження за тим, що відбувається у розумі, дозволяє сприймати життя адекватніше та об'єктивніше.

6. У результаті точніше розуміння процесів, які відбуваються у розумі, усвідомлення шаблонів своїх психологічних відповідей на зовнішні і внутрішні стимули, автоматично відкриває можливість отримувати додаткову інформацію про світ, приймати досконаліші рішення, які дозволять ефективніше діяти в житті і приведуть до почуття більшого контролю.

Це все ідеї, які прийшли з раннього буддизму, однак вони не містять релігійного змісту. Відтак програма носить повністю світський характер. Сьогодні ця програма є своєрідним стандартом медичного застосування практик медитації. Більшість наукових досліджень ефектів практики медитації проводяться з учасниками саме цієї програми.

Зупинимося на **структурі та змісті програми**.

У стандартному варіанті програма триває 8-10 тижнів, у формі групових занять. Розмір групи – від 10 до 40 учасників. У залежності від характеру розладів, група формується як одностатева або ж змішана. Зустрічі відбуваються 1 раз на тиждень; тривалість заняття – 2-2,5 години. У один з вихідних днів протягом курсу проводиться заняття протягом цілого дня.

Кожне заняття призначене для освоєння певних теоретичних відомостей про mindfulness та якоїсь вправи у межах практики усвідомлення. Також учасники практикують щодня протягом 45-60 хвилин вдома, під аудіозаписи.

Використовувані вправи.

1. Вправа «Сканер» (*body scan*).

Відбувається уявне сканування тіла: людина, лежачи, зосереджується на відчуттях в кожній частині тіла.

2. *Формальна сидяча медитація*. Під час неї відбуваються:

- усвідомлення дихання;
- усвідомлення і спостереження за звуками;
- усвідомлення і спостереження за думками, емоціями;
- “відкрита присутність” (безоб’єктна розслаблена увага).

3. *Неформальні вправи*.

До таких вправ входить усвідомлене виконання будь-яких дій. Це стосується простих побутових дій, спілкування тощо.

Таке усвідомлене виконання має на меті навчання увімкненню відкритого і безоцінного сприймання реальності у будь-який момент повсякденного життя. Це покупки, спілкування з близькими людьми та родичами, а також з іншими людьми, прибирання у квартирі, зайняття спортом або будь-яка інша повсякденна діяльність. Головна умова і одночасно результат, на який треба орієнтуватись, це перебування у стані, при якому людина не дає своєму внутрішньому монологу себе відволікти від усвідомлення цієї повсякденної діяльності, і залишається уважною, наскільки це можливо, до всього, що вона робить і переживає. Якщо людина це

практикує дисципліновано та відповідально, то згодом її життя перетворюється на постійну практику медитації. Вона проживає з повним усвідомленням те, що відбувається з нею “тут і зараз”.

4. Усвідомлена практика вправ йоги.

У програмі розроблено кілька комплексів на основі хатха-йоги. Пози, що використовуються, спрощені і зручні для того, щоб людина могла знаходитися в них тривалий час і займатися практикою усвідомлення.

Приблизна програма занять така.

1-2 тижні – формальна практика: сканування тіла (45 хвилин щоденно); усвідомлене харчування. Додатково: почати усвідомлено виконувати прості дії протягом дня.

3-4 тижні – чергуються практика сканування тіла і комплекс йоги (по 45 хвилин щоденно). Додатково: усвідомлено сприйняти хоча б одну приємну і одну неприємну подію протягом дня; ведення щоденника.

5-6 тижні – формальна практика: сидяча медитація (щоденно). Додатково: продовжувати заняття йогою, випробувати медитацію при ходьбі.

7 тиждень. Практика без аудіозаписів.

8 тиждень. Формування особистого набору практик, виходячи зі своїх потреб та нахилів. Початок самостійного шляху.

На етапі освоєння усі вправи виконуються під аудіозапис.

2.7.3. Когнітивна терапія, базована на усвідомленні

Когнітивну терапію, базовану на усвідомленні (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, МВСТ), розроблено З. Сегалом та ще кількома його колегами. З. Сегал народився у 1956 р. в Україні, у Луцьку. Він – когнітивний психолог, фахівець у галузі досліджень депресії, професор психології в університеті Торонто.

Когнітивна терапія, базована на усвідомленні, являє собою поєднання принципів когнітивно-поведінкової терапії та практик усвідомлення. Ця система психотерапії розроблялась для попередження рецидивів депресії. Творці цього підходу взяли за основу програму редукції стресу з допомогою практики усвідомлення та адаптували її для цілей попередження рецидивів депресії. Теоретичні моделі депресії та інших розладів взято з когнітивно-біхевіоральної терапії.

Результати порівняння ефективності когнітивно-біхевіоральної терапії “другої хвилі” та когнітивної терапії, базованої на усвідомленні, виявили приблизно однакову їх ефективність (Manicavasgar, 2011). Було зафіксовано значну редукцію симптомів депресії у істотної кількості клієнтів. Крім того, значна частина досліджуваних продовжувала використовувати техніки усвідомлення по завершенні курсу когнітивної терапії, базованої на усвідомленні, так як були переконані у їх корисності.

На відміну від підходів “другої хвилі”, у яких працюють з дисфункціональними думками, у когнітивній терапії, базованій на усвідомленні, ставлять у центр уваги певні метакогнітивні навички (Ковпак, 2016), такі як:

- здатність займати метапозицію по відношенню до потоку свого мислення;
- здатність усвідомлювати рухливий потік внутрішніх та зовнішніх подразників;
- прийняття позиції щодо досвіду своїх переживань як до відносного та минулого, ставлення до цього досвіду, базоване на допитливості, відкритості та прийнятті;
- здатність довільно перемикає увагу з одного аспекту свого досвіду на інший.

Провідним принципом та прийомом практики майндфулнес є прийняття. Цей принцип та відповідні технічні прийоми використовуються у цілій низці підходів, що належать до “третьої хвилі” когнітивно-біхевіоральної терапії, у одному з яких – терапії прийняття та відповідальності – “прийняття” навіть винесено у назву психотерапевтичного підходу.

Зміст принципу прийняття не містить якихось абсолютно нових ідей і є доволі простим: людина здатна прийняти будь-які свої переживання і діяти, незважаючи на них, у відповідності до своїх внутрішніх цінностей. Така позиція прийняття не означає “увімкнення” аспектів пасивності чи відстороненості. Акцент у розумінні прийняття робиться на здатності переживати внутрішні та зовнішні події у всій їх повноті, не вдаючись до небажаних крайнощів, таких як надмірна занепокоєність, уникання, придушення чи заперечення досвіду тощо.

Один з піонерів у застосуванні принципу прийняття у психотерапії Дж. Кабат-Зінн зазначав: “Прийняття – це не пасивне підкорення, а акт розпізнавання того, що речі такі, якими вони є. Іноді вони не такі, якими б ми хотіли їх бачити. Прийняття не означає, що ми не можемо працювати над тим, щоб змінити світ або ті чи інші обставини. Але це означає, що доки ми не приймемо речі такими, які вони є, ми будемо намагатися змусити речі бути тим, чим вони не є, і це може породити багато труднощів. Декотрі речі важко прийняти. Наприклад, коли ви відчуваєте біль у тілі і не знаєте, чому це відбувається. Це дуже й дуже важко прийняти, тому що насамперед ви хочете знати, яка причина того, що відбувається, і усунути її. І якщо у вас немає відповіді на питання про причину болю, може бути дуже й дуже важко прийняти це. Але що ми виявили у роботі з пацієнтами з хронічними болями, то це те, що перш ніж по-справжньому працювати з болем та стражданням, треба розгорнути для болю та страждання килимову доріжку з написом: “Ласкаво просимо” і прийняти їх такими, які вони є”.

Завданням когнітивної терапії, базованої на усвідомленні, є “повернення клієнта у теперішнє”. Таке “повернення” дозволяє зосередитись на проживанні актуального моменту, позбувшись засилля стереотипів та

автоматизмів мислення, надмірне використання яких, поряд з певними корисними аспектами, містить ризики, пов'язані з імовірністю актуалізації дисфункціональних патернів.

Когнітивна терапія, базована на усвідомленні, на відміну від традиційної когнітивно-біхевіоральної терапії (“другої хвилі”), ставить завдання не змінити зміст думок, а лише зосередитися на ставленні людини до потоку думок та його змісту. Це ставлення має свої особливості: воно має виключати беззастережну віру людини в те, що її власні емоції, думки тощо точно відображають реальність. Натомість, людина має навчитися ставитись до своїх психічних станів більш реалістично, розуміючи їх здатність до викривлення реальності. Клієнт у цьому підході вчиться неосудливому та безоцінному сприйманню усього, що з ним відбувається, зокрема – й негативних емоційних переживань, фізіологічних дисфункцій тощо, які є скінченними та минулими. Він розвиває навичку безоцінного ставлення до негативного змісту думок, які розглядаються у цьому випадку як елементи власної внутрішньої поведінки, ментальні події і розмежовуються з елементами реальності.

Розвиток депресивної симптоматики пов'язують зі зростанням автоматизації запуску та підтримки механізмів формування депресії, а саме: кожен наступний епізод збільшує міцність асоціативного зв'язку між поганим настроєм та патернами негативного мислення. У людини розвивається все більша чутливість та вразливість, тому для рецидиву достатньою стає все менша кількість стресогенних чинників. Для клієнтів, які мають в анамнезі кілька депресивних епізодів, прийоми терапії, що базується на усвідомленні, є ефективними, оскільки сприяють зниженню використання дисфункціональних думок, підвищенню рівня усвідомлення внутрішніх та зовнішніх подій, а також вибору, який вони здійснюють. На користь цієї гіпотези свідчить факт співвідношення ефективності профілактики рецидиву у клієнтів з чотирма і більше епізодами. За опублікованими даними, рецидив було зафіксовано у 38% випадків після застосування когнітивної терапії, базованої на усвідомленні, та у 100% випадків – після традиційного лікування (Ма, 2004).

До чинників суїцидальної поведінки належить психологічний біль, пов'язаний з неприйняттям втрати. Якщо такий психічний стан людина переживає протягом тривалого часу, очікування щодо майбутнього набувають у неї негативістичного та навіть катастрофічного характеру. Вона вибірково фіксує увагу лише на негативних подіях минулого чи теперішнього, а моделювання майбутнього здійснюється нею з опорою на подіях, які можуть відбутись у тій формі, що підтвердить безвихідь її становища.

Переживання безпорадності та безнадійності, які є головними елементами ключового переконання, з яким працюють у когнітивній терапії, підтримуються посиленою чутливістю до будь-яких, навіть найслабших негативних сигналів. Таким чином, коло автоматичних думок, типових для депресії та суїцидальної поведінки, замикається.

Факт, що існує зв'язок між негативними думками і поганим настроєм, який може проявити себе у будь-який момент, навіть коли людина добре себе почуває, означає, що для запобігання рецидиву депресії необхідно виробити вміння не дозволяти поганому настрою виходити з-під контролю і розвиватися у межах замкненого циклу.

Автори когнітивної терапії, базованої на усвідомленні, вважають за необхідне виробити для боротьби з нападами депресії наступні 4 навички.

1. Виходити з кола нав'язливих розумових шаблонів.
2. Розпізнавати психічні стани і процеси, що ведуть до нового нападу депресії, і стати більш свідомими щодо причин та особливостей їх перебігу.
3. Знаходити нові способи взаємодії з тими аспектами життя, які викликають депресію.
4. Повертатися обличчям до труднощів і зацікавлено проживати складні періоди життя.

Структура та зміст програми аналогічні таким у базованій на усвідомленні програмі редукції стресу. Як і програма, розроблена Дж. Кабат-Зінном, програма когнітивної терапії, базованої на усвідомленні, зазвичай триває близько 8 тижнів. Заняття проходять 1 раз на тиждень, в групах до 12 осіб, по 2 години. Однак передбачено й форму індивідуальної психотерапевтичної роботи з клієнтом. Кожен учасник бере на себе зобов'язання практикувати 45 хвилин щодня. Ближче до кінця курсу проводиться один повний день занять. Програма вправ та методичні рекомендації повністю запозичені з програми базованої на усвідомленні редукції стресу.

Як і у програмі базованої на усвідомленні редукції стресу, у програмі когнітивної терапії, базованої на усвідомленні, особлива увага приділяється концепції “автопілота”. Йдеться про здатність психіки виконувати частину повсякденних завдань неусвідомлено. Це стосується автоматизованих рухів, емоційних реакцій, розумових автоматизмів тощо. При тому, що ця здатність “економить” психічну енергію та зусилля, вона часто створює й проблеми, пов'язані з появою розриву між реальним станом речей та нашими звичними уявленнями про них. Обидва види терапії розв'язують завдання на виявлення моментів, коли “автопілот” діє неадекватно, і розвивають у клієнтів здатність до використання у таких ситуаціях практики усвідомлення.

Ще одна важлива концепція стосується відмінності між розумовими станами “бути” і “діяти (реагувати)”. У стані “реагувати” розум зосереджується на різниці між поточним і бажаним станом справ і шукає усіма силами способи цю дистанцію скоротити (шляхом прагнення до оволодіння бажаним або втечі від небажаного). Якщо цей стан переважає у повсякденному житті, це становить проблему. На противагу йому, стан розуму “бути” характеризується увагою до теперішнього моменту, безоцінним прийняттям того, що відбувається, усвідомленими, а не автоматичними, відповідями на виклики життя.

Першим кроком до спостереження за думками і емоціями є навчання усвідомленню процесів, що відбуваються у тілі. Тому перша половина програми спрямована на навчання спостереженню за внутрішніми процесами, їх усвідомленню та дослідженню їх динаміки. У другій половині акцент робиться на навчанні застосування навичок у ситуаціях повсякденного життя.

Вчені, які досліджували ефективність програми, встановили, що при окремих формах та рівнях депресії програма дає такий же ефект, як і прийом курсу антидепресантів. Програма визнана на офіційному рівні як ефективний засіб терапії і рекомендується у багатьох країнах як складова лікування депресій та роботи з суїцидальними клієнтами.

2.7.4. Критичні зауваження щодо застосування mindfulness-практик

У зв'язку зі значним зростанням популярності підходів, оснований на концепції mindfulness, слід згадати й критиків надмірного захоплення подібними практиками. Психолог Т. Джойнер у 2017 р. опублікував книгу “Mindlessness: The corruption of mindfulness in a culture of narcissism” (Joiner, 2017). “Mindlessness” перекладається як “беззмістовність”, “нісенітниця”, “недумання”, “дурість”. У книзі наводяться аргументи щодо необхідності обережного використання подібних практик у західній культурі. “Вимикання” думання та оцінки звільняє метафоричне місце у розумі людини. Але чи має вона, чим заповнити це місце?

Автор пише, що та версія ідеї mindfulness, яка прижилась у західній культурі, фактично слугує самопослабленню тих, хто застосовує подібні практики, не містить корисності оригінальної ідеї, демонструє неправильне розуміння людської природи та є основою для підтримки й розвитку нарцисизму. Взагалі, психіка людини розвивалась у напрямку оцінки оточуючого світу та себе у цьому світі, і “вимикати” цю здатність нерозумно. Хоча у деяких аспектах людського життя це може бути корисним. Існують дані, що застосовувана фізична активність, наприклад, аеробна ходьба без думання чи прогулянки по 40 хвилин тричі на тиждень, здатні збільшити обсяг людського мозку та відновити пов'язані з віком його втрати за 2 роки.

Т. Джойнер також критикує дослідження ефективності практикування усвідомленості, вказуючи на неповне, тенденційне та однобоке висвітлення результатів. Зокрема, йдеться про те, що ефекти від практикування безоцінного усвідомлення, які розрекламовані у популярних статтях, при проведенні та строгій перевірці результатів наукових експериментів виявляються не такими значними, а то й зовсім нівелюються. Т. Джойнер посилається на дослідження респондентів, які повідомляли про переживання некерованого болю.

Учасників дослідження за випадковим принципом було віднесено до однієї з груп, з якими проводились 15-хвилинні терапевтичні втручання: тренування безоцінного усвідомлення, спрямованого на прийняття болю;

гіпноз, фокусований на зміні відчуття болю за допомогою образів; та освітні сесії з подолання болю. У групі, що практикувала безоцінне усвідомлення, лише близько четвертини учасників повідомили про зменшення болю, достатньо значне, щоб вважати його помірним і клінічно значущим. Ця група не продемонструвала також значного зниження сприйманої потреби у опіоїдному лікуванні. Це дослідження, як і переважна більшість керованих досліджень усвідомленості, не показало вражаючих результатів терапевтичних втручань у групі клієнтів, що практикують mindfulness. Ці результати не перевершили навіть результатів лікування гіпнозом, яке сам автор вважає не надто ефективним, і перевершили лише результати у інертній пасивній групі порівняння – групі клієнтів, з якими проводилися лише освітні сесії. Однак ці результати активно використовуються прибічниками практик безоцінного усвідомлення як свідчення ефективності цих практик, що, звісно, є некоректною інтерпретацією результатів.

Т. Джойнер також посилається на дослідження британського психолога М. Вільямса з колегами, які припустили, що втручання з безоцінною усвідомленістю можуть бути корисними для запобігання та лікування депресії.

Їх дослідження у 2014 році, яке включало велику та репрезентативну вибірку дорослих, не підтвердило ефективності цього підходу. Когнітивна терапія, що ґрунтується на усвідомленні, – як з медитацією, так і без неї – не змогла перевершити результати звичайного лікування з призначенням антидепресантом у запобіганні рецидиву депресивного розладу. Досліджуваних випадковим чином розподілили на кілька груп: 1) лікування антидепресантом плюс безоцінне усвідомлення з групою медитації; 2) лікування антидепресантом плюс безоцінне усвідомлення без групи медитації; або 3) лікування лише антидепресантом. Зауважимо, що лікування без антидепресантів навіть у експериментальних цілях не практикувалось, оскільки у зв'язку з ризиком посилення депресії, воно вважається неетичним і безвідповідальним. Близько половини досліджуваних зазнали рецидиву депресії, незалежно від того, у якій групі вони проходили лікування.

Деякі автори вказують на можливість рецидиву переживань, пов'язаних з психотравмувальною ситуацією, а також на непрогнозований та некерований вияв симптоматики біполярного розладу під час практик безоцінної усвідомленості. Звісно, наявність інших психопатологічних розладів також може бути чинником деструктивних результатів застосування цих практик.

Крім того, деякі дослідження показують, що практика усвідомленості може мати неприємні наслідки. Наприклад, в одному дослідженні порівнювалася група учасників, які деякий час займалися медитацією усвідомленості, з групою, яка цього не робила. Всіх учасників попросили запам'ятати список з 15 слів; всі слова включали поняття сміття (наприклад, “непотріб”, “відходи” тощо). Ключовим моментом було те, що у списку не було слова “сміття”. Було зафіксовано, що близько 40 відсотків членів групи усвідомленості помилково згадали, що бачили слово “сміття”, в порівнянні з приблизно 20 відсотками учасників контрольної групи (яким було

рекомендовано думати про те, що їм подобається). Т. Джойнер робить висновок з цього дослідження, що за іронією долі, бути усвідомленим (mindful) – значить втратити усвідомлення деталей.

Отже, розуміючи потенціал застосування втручань на основі концепції mindfulness, треба усвідомлювати також наслідки їх використання у ширшому контексті та зважати на можливі негативні наслідки таких втручань (Крупельницька, 2020а). Будь-яка техніка, застосовувана ізольовано, поза особистісним, соціальним та культурним контекстами, містить, крім імовірного позитивного ресурсу, аспекти руйнівного потенціалу.

2.8. Метакогнітивна терапія

Творцем метакогнітивної терапії (Metacognitive therapy) є психолог А. Уеллс (нар. у 1962 р.).

Когнітивна терапія (КБТ “другої хвилі”) та когнітивна психологія мають не так і багато спільного. Терапія, яка містить у своїй назві визначник “когнітивна”, насправді мало спиралась на досягнення когнітивної психології. Більшою мірою творці когнітивної терапії ґрунтувались на здогадках щодо того, як працює людське мислення, а не на наукових фактах. Лише у 90-х роках минулого століття у працях А. Уеллса з'явилась модель, що пояснює принципи обробки інформації при порушеннях психічного функціонування – модель саморегуляції виконавчих функцій (The Self-



Репродукція картини Ремедіос Варо «Передчуття»

Regulatory Executive Function, скорочено – S-REF). Основуючись на цій моделі, автор запропонував власний підхід до психотерапії.

Отже, метакогнітивна терапія – це психотерапія, ґрунтована на когнітивній психології. Автор вважає, що психопатології виникають через

порушення в процесах регуляції сприймання, уваги, обробки інформації, тобто у процесах, які впливають на формування та динаміку змісту когнітивної сфери, а не через порушення у самому змісті.

Цей підхід має строге теоретичне підґрунтя, яке використовується у розумінні та поясненні механізмів, за якими розвиваються та функціонують різні психологічні розлади. У метакогнітивній терапії акцентується важливість того, ЯК людина думає, а не ЩО вона думає. Тобто основна увага приділяється процесу думання, а не змісту думок.

Завдання терапевта полягає у зосередженні на процесах, які лежать в основі механізмів, що беруть участь у розвитку та підтримці психологічних розладів (Метакогнітивная психотерапия, 2022). Стверджується, що, з точки зору терапевтичного втручання, спосіб, яким людина думає і контролює або намагається контролювати хоча б свою поведінку чи ставлення, є більш важливим, ніж те, що вона думає.

Отже, йдеться про певні процеси, які можна назвати “мета-пізнанням”. Йдеться про “пізнання про пізнання” або “мислення про мислення”. Ці процеси мають важливе значення для розуміння способу пізнання, того, на що та чи інша людина звертає увагу та які стратегії нею використовуються для регулювання своїх думок та поведінки. Метакогнітивні терапевти використовують для пояснення ролі цих процесів аналогію з бібліотекою, яка слугує можливостям виявлення та корекції будь-яких помилок. Всі етапи, пов’язані з процесами мислення, згідно з цією аналогією, представлені так: людина входить до бібліотеки, шукає якусь конкретну книгу, намагається знайти її на полицях, витягає її та, нарешті, читає книгу. Метапізнання може бути осмислене будь-яким з цих етапів у процесі мислення. Ще одна метафора: метапізнання можна визначити як диригування оркестром. При цьому диригент відіграє центральну роль у виборі, оцінці, моніторингу та контролі відповідної інформації, тобто процеси пізнання конкретної людини.

Важливим моментом, який підкреслюється у цьому підході, є наступне: метапізнання не означає, що ці процеси знаходяться в ієрархічно організованій системі над іншими пластами пізнання. Навпаки, метакогнітивні процеси можуть розглядатися як найглибша структура, що скеровує активацію специфічних пізнавальних процесів. Хоча найточнішим “топографічним” поясненням визнається таке: метакогнітивні процеси лежать не найглибше і не розташовані найвище. Це загальні процеси, які знаходяться поміж усіма пізнавальними рівнями. Це уточнення є важливим, оскільки терапевтичні втручання, застосовувані у метакогнітивній терапії, відрізняються від класичного беківського підходу до терапії, яка значною мірою прагне слідувати траєкторією від поверхового рівня до ядра.

У табл. 2.1 показано відмінності типових питань у когнітивному та метакогнітивному аналізі (взято з (Метакогнітивная психотерапия, 2022)).

Таблиця 2.1

Відмінності у когнітивному та метакогнітивному аналізі

Когнітивний підхід (фокус на змісті думок)	Метакогнітивний підхід (фокус на процесі мислення)
Чому ви так думаєте?	Які думки вас привели до цього? Про що ви подумали перед цим?
Які є докази, що у вас нічого не вийде?	З якою метою ви про це думаєте? Що дає вам ця думка?
Яка імовірність, що у вас може вийти?	Як довго ви розмірковуєте про це?
У вас взагалі нічого не може вийти, чи хоча б щось та вийде?	Що відбувається після роздумів?
Наскільки ви вірите, що у вас не вийде?	Як ви реагуєте на цю думку? Як вона впливає на вас?
Чи можна інакше тлумачити факти, на яких ви ґрунтуєтесь?	Що відбудеться, якщо ви будете про це думати?

Метакогніції складаються з **вірувань, досвіду та стратегій**. Метакогнітивні **вірування** (знання) пов'язані з власним стилем мислення людини та його віруваннями щодо своїх думок. Ці вірування далі поділяються на дві підкатегорії: експліцитні (явні, декларативні) та імпліцитні (неявні, процедурні). Вони категоризуються відповідно до того, чи можуть вони бути виражені вербально чи ні. З точки зору змісту, метакогнітивні вірування можуть бути як позитивними, так і негативними. Позитивні метакогнітивні вірування пов'язані з перевагами стилів мислення. Наприклад, до позитивних метакогнітивних вірувань можна віднести таке: “Турбота про майбутнє допомагає мені визначити можливі загрози”. Негативні метакогнітивні вірування відбивають вірування, що деякі думки можуть бути неконтрольованими або небезпечними, наприклад: “Я не можу контролювати свої думки”.

Метакогнітивний досвід представлений оцінками та почуттями, які є у людини стосовно власного психічного стану. Приклади: хвилювання щодо власної тривоги, засмученість чи стурбованість власною засмученістю, оцінка втручань.

Метакогнітивні стратегії відображають емоційну та когнітивну стратегії саморегуляції, які полягають у контролі думок і поведінкових наслідків (наприклад, моніторинг загрози, придушення думки, емоційне уникнення).

Отже, теоретичне коріння моделі метакогнітивної терапії знаходиться у моделі саморегуляції виконавчих функцій – S-REF. Модель S-REF містить три рівні, які взаємодіють один з одним і представлені:

- (1) рівнем обробки автоматичної інформації (обробка низового рівня);
- (2) рівнем свідомої обробки інформації (когнітивний стиль) та
- (3) рівнем “бібліотеки метакогнітивних знань” (мета-система).

Процеси контролю та підтримки розвитку психологічного розладу зазнають впливу цих рівнів. У моделі S-REF є чотири основні концепти, які використовуються для пояснення причин підтримки психологічного розладу:

- (1) когнітивно-атенційний синдром (Cognitive Attentional Syndrome, CAS);
- (2) метакогнітивні вірування (metacognitive beliefs);
- (3) увага / контроль виконання (attention/executive control) і
- (4) психічні режими (mental modes).

“Когнітивно-атенційний синдром”. Цей синдром, згідно моделі S-REF, є основним фактором психологічних розладів. Виникаючи з метакогнітивних знань і вірувань і приймаючи форму занепокоєння / нав’язливих думок по типу “розумового переживання”, фокусування уваги на загрозі та невдалих наслідках поведінки, яке має на меті проконтролювати можливі небезпечні варіанти та уникнути їх, призводить до зворотного ефекту. Когнітивно-атенційний синдром має наслідки, які ведуть до збереження негативних емоцій та посилення негативних відчуттів. Сформований когнітивно-атенційний синдром детермінує спосіб, яким людина копіює свої негативні думки, вірування та емоції. Проблема полягає в тому, що цей синдром перешкоджає людині відчувати, що ці негативні відчуття або емоції зникають або розпадаються, якщо вони не управляються людиною. Тобто проблема полягає якраз у цьому управлінні.

Когнітивно-атенційний синдром виникає на основі прагнення виявляти якомога раніше можливі проблеми, щоб уникнути їх – на основі моніторингу загрози та занепокоєння, на основі аналізу минулих та прагнення зрозуміти значення теперішніх ситуацій – на основі “розумового переживання”; на основі фіксації на минулому з переважанням розгляду травматичних подій – на основі заповнення розриву (Wells, 2013). Когнітивно-атенційний синдром також пов’язаний з неадаптивними стратегіями подолання, такими, як придушення думки, поведінка уникнення, ухилення, вживання алкоголю та / або інших психоактивних речовин, самопошкодження та небезпечний спосіб життя. Компоненти синдрому призводять до тривалих емоційних переживань, які створюють відчуття застрягання та спричиняють конфлікт з механізмами саморегуляції. У підсумку посилюється відчуття втрати контролю над почуттями та відчуттями. Отже, основні компоненти когнітивно-атенційного синдрому – це: 1) румінації/занепокоєння; 2) моніторинг загроз та 3) спроби справитися, які насправді ведуть до посилення проблем.

Метакогнітивні психотерапевти використовують для пояснення клієнтам сутності когнітивно-атенційного синдрому метафору клітки або в’язниці, акцентуючи увагу на обмеженнях, що виникають внаслідок метакогнітивних стратегій, які призводять до виникнення синдрому.

Метакогнітивні вірування стосуються лише значення та значущості пізнавальних процесів і не стосуються їх змісту. Метакогнітивні вірування відповідають і за вибір та приведення в дію тих чи інших стилів мислення, і за когнітивно-атенційний синдром (Wells, 2013). Найстійкішими вважаються

негативні вірування. Вони посилюють чутливість до загрози, безнадійності або неефективності.

Когнітивно-атенційний синдром, який є центральним серед мішеней метакогнітивної терапії, підтримується такими типами метакогнітивних вірувань (Метакогнитивная психотерапия, 2022).

- *Про важливість, значущість та небезпеку:* визначають, що небезпечно, а що ні, в яких випадках має активуватися когнітивно-атенційний синдром. Наприклад, почуття тривоги є нормальним для людини, але воно призводить до розвитку когнітивно-атенційного синдрому, якщо у людини є переконання по типу: “тривога небезпечна” або “я не повинен (мені не можна) турбуватися”, “хвилюватися погано”. Негативні вірування підсилюють тривогу і тримають людину в емоційному напруженні, хоча при іншому ставленні тривога б пройшла сама. Приклади цього типу метакогнітивних вірувань: “Якщо я подумаю про щось погане, то воно не відбудеться”; “Стрес дуже шкодить моєму здоров’ю”; “Якщо я себе не контролюю, я божевільний”.

- *Про вигоди когнітивно-атенційного синдрому і симптомів:* визначають, як і навіщо реагувати на небезпеку. Це метакогнітивні вірування, що пояснюють, чому потрібно / важливо турбуватися, розмірковувати, сумувати, злитися тощо. Вони відповідають за те, яким способом буде / не буде усуватися “загроза”. Приклади таких метакогнітивних вірувань: “Чим більше буду непокоїтися, тим краще підготуюсь”; “Треба завжди нагадувати собі про минулі промахи”; “Якщо я не буду добряче контролювати, зроблю щось погане”.

- *Про неконтрольованість/незмінність:* посилюють симптоми та створюють замкнену петлю. Приклади: “Я не здатен себе контролювати”; “Це ніколи не скінчиться”; “Причиною всьому – мої гени/фізіологія, а їх не змінити”.

Увага / контроль виконання. У багатьох психологічних розладах можна виявити таку складову, як неадаптивний спосіб контролю уваги (Wells, 2013). Так, депресивні клієнти з постійним “розумовим переживанням” (румінацією) найчастіше вважають, що такий процес думання не може бути контрольованим, тому вони відмовляються від будь-яких зусиль, щоб зупинити непродуктивну стратегію. Більш того, румінація розглядається ними швидше як рішення, а не як проблема. Тому такі особи продовжують займатись відстежуванням загрози. Зміщення процесів уваги є головним акцентом у метакогнітивній терапії.

Фахівці у галузі метакогнітивної терапії запропонували також метакогнітивний опитувальник (The metacognitions questionnaire), коротка версія якого – MCQ-30 (Wells A., Cartwright-Hatton S.) набула особливої популярності серед практиків.

Опитувальник спрямований на дослідження вірувань людей щодо їх процесів мислення за п’ятьма метакогнітивними факторами:

- рівень впевненості у вигодах занепокоєння;
- рівень вірувань щодо некерованості або небезпеки занепокоєння;

- рівень недовіри до когнітивних процесів;
- рівень вірувань щодо необхідності контролювати думки;
- увага до розумових процесів.

Опитувальник складається з 30 пунктів, на кожен з яких респондент може відповісти одним з чотирьох варіантів: повністю згоден, швидше згоден, почасти згоден, не згоден. Менше 7 набраних балів у підсумку вважається нормою, перевищення 20 – вказує на потребу у професійній допомозі.

Нижче наводимо пункти опитувальника, оскільки вони дають уявлення про складові метакогнітивних факторів.

1. Занепокоєння дозволяє мені уникнути проблем у майбутньому.
2. Моє занепокоєння небезпечне для мене.
3. Тривожні думки не зникають, незважаючи на спроби зупинити їх.
4. Занепокоєнням я можу довести себе до хвороби, поганого самопочуття.
5. Я усвідомлюю, як я думаю, коли розмірковую над рішенням проблеми.
6. Якщо я дозволю собі відволіктись від тривожних думок, і раптом відбудеться те, чого я побоююсь, це буде з моєї вини.
7. Занепокоєння дозволяє мені залишатись зібраним(ою).
8. Я не впевнений(на) у своїй здатності запам'ятовувати слова та назви.
9. Я маю завжди контролювати свої думки.
10. Занепокоєння допомагає мені “розкласти все по полицках”.
11. Я не можу відволіктись від тривожних думок.
12. Я контролюю свої думки.
13. Мені здається, я багато розмірковую про свої думки.
14. Моя пам'ять не настільки гарна, інколи вона може мене ввести в оману, я часто щось забуваю.
15. Я буду покараний(а) за те, що не контролюю певні думки.
16. Моє занепокоєння може звести мене з розуму.
17. Я безперервно усвідомлюю хід своїх думок.
18. У мене погана пам'ять.
19. Я звертаю пильну увагу на те, як працює мій розум.
20. Занепокоєння допомагає мені справитися з важкими життєвими ситуаціями.
21. Невміння контролювати власні думки є ознакою слабкості.
22. Якщо я починаю непокоїтись, то я вже не можу зупинитись.
23. Занепокоєння допомагає мені розв'язувати проблеми.
24. У мене погана пам'ять на місця.
25. Деякі думки надто погані, щоб тримати їх у голові.
26. Я не довіряю своїй пам'яті.
27. Якщо я не зможу контролювати свої думки, я не буду нормально функціонувати (жити).
28. Мені треба непокоїтись, щоб справлятися з труднощами.
29. У мене погана пам'ять на події.

30. Я постійно вивчаю свої думки.

Психічні режими – це структури, які визначають взаємовідношення, які має людина зі своїми власними когнітивними процесами (Wells, 2013). Становлять інтерес два типи психічних режимів: *об’єктний режим*, який є умовою для актуалізації когнітивно-атенційного синдрому, та *метакогнітивний режим*, який є умовою для перебігу процесів безоцінного усвідомлення. Об’єктний режим – це режим, який існує “за замовчуванням”. У ньому когнітивні процеси та події обробляються особою як синонімічні, не виокремлюються як різні за своєю сутністю та природою. Метакогнітивна терапія прагне надати клієнтові нову перспективу інтерпретації подій через встановлення відстані між його думками, самим собою та зовнішнім світом, тобто працює на розвиток метакогнітивного режиму.

Різниця між сприйманням думок у цих двох режимах зафіксована у табл. 2.2 (взято з (Метакогнитивная психотерапия, 2022)).

Таблиця 2.2

Сприймання думок у об’єктному та метакогнітивному режимах

Об’єктний режим	Метакогнітивний режим
Реальні	Віртуальні
Переживаються як зовнішні події	Спостерігаються як внутрішні події
Як істина, реальність	Як фонові інформація
Думаються, концептуалізуються	Усвідомлюються, сприймаються
Впливають на те, що відбувається	Не впливають на те, що відбувається
Фіксовані	Флексебільні
Спроби контролю та придушення	Прийняття та безоцінність
Асоційовані з Я	Дисоційовані з Я

Терапевтична модель метакогнітивної терапії. Описані вище чотири концепти становлять теоретичний базис для практики метакогнітивної терапії. Ці особливості функціонування, будучи панівними у тому чи іншому патологічному процесі, мають місце у різних психологічних розладах. Розвиток психологічного дистресу починається зі сприйняття загрози чи небезпеки. Це сприйняття обробляється у об’єктному режимі, що, у свою чергу, активізує когнітивно-атенційний синдром.

Коли це все поєднується з неефективними стратегіями боротьби, з’являються психологічні проблеми. Базова відмінність між класичними когнітивно-біхевіоральними теоріями та метакогнітивною моделлю стає зрозумілішою на рівні формулювання кейсів. У метакогнітивній терапії

активаційна подія позначається як когнітивний процес або емоція, тобто А, певна внутрішня подія (нагадаємо, що у класичному АВС-аналізі на місці А стоїть зовнішня ситуація або подія). Таким чином зрозумілі А призводять до активації метакогнітивних вірувань і когнітивно-атенційного синдрому (В). Це специфічне функціонування уваги призводить до зростання емоційних наслідків та появи нових думок (С) – нових внутрішніх подій та обумовленої ними поведінки.

У цій моделі В модероване, або навіть обумовлене, спричинене метакогнітивними процесами, серед яких головне місце належить когнітивно-атенційному синдрому, тобто В – це М: метакогнітивні процеси. Таким чином, АВС-аналіз у метакогнітивній терапії перетворено на АМС-аналіз.

Розглянемо різницю між когнітивним та метакогнітивним аналізом на прикладі (взято з (Метакогнитивная психотерапия, 2022)): у молодого хлопця депресія, він пережив розлучення з дівчиною і переживає почуття самотності.

Когнітивний терапевт описав би цю ситуацію так.

ЗОВНІШНІЙ АКТИВАТОР: “Кинула дівчина” > **АВТОМАТИЧНА ДУМКА:** “Зі мною щось не так” > **ВІРУВАННЯ:** “Якщо я гірший за інших, то мене ніхто ніколи не полюбить” > **КОГНІТИВНА ПОМИЛКА:** “над-узагальнення”, “абсолютизм” > **ЕМОЦІЙНІ НАСЛІДКИ:** “депресія”.

Метакогнітивний терапевт бачить ситуацію по-іншому.

ВНУТРІШНІЙ АКТИВАТОР: “Почуття самотності” > **МЕТАВІРУВАННЯ:** “Треба розібрати всі ситуації, щоб зрозуміти причини”, “Якщо не знайду відповіді, назавжди залишусь самотнім”, “Самотність означає неповноцінність” > **КОГНІТИВНО-АТЕНЦІЙНИЙ СИНДРОМ:** “моніторинг загроз”, “румінація” > **ЕМОЦІЙНІ НАСЛІДКИ:** “депресія”.

Протягом роботи з клієнтом терапевт прагне змінити патологічне функціонування у кожній із зазначених вище чотирьох метакогнітивних сфер, які співвідносяться з моделлю S-REF. Метакогнітивна терапія розрахована приблизно на 12 сесій. На кожній з них акцент робиться на когнітивно-атенційному синдромі та метакогнітивних процесах клієнта. Терапевт зосереджує увагу на процесах мислення та реакціях клієнта на ці процеси частіше, ніж на змісті когнітивних процесів клієнта. У цьому виді терапії створення нових відносин з когніціями та встановлення ефективного контролю над когнітивно-атенційним синдромом є основними терапевтичними цілями.

Якщо ці цілі досягнуті, вважається, що терапія є ефективною. Також з клієнтом обговорюються відмінності між неадаптивними стилями подолання та більш ефективними способами зменшення дистресу. Протягом терапії можливе застосування деяких поведінкових експериментів, які проводяться для перевірки позитивних і негативних метакогнітивних вірувань. Під час бесіди також можуть бути використані сократівські запитання. Однак основна мета цих запитань рідко полягає в тому, щоб провести тестування реальності негативних автоматичних думок, як це робиться у більш ранніх когнітивно-біхевіоральних підходах. Сократівські питання використовуються у якості

посередника для переміщення клієнта у метакогнітивний режим обробки (Wells, 2013).

Єдині випадки, коли тестування реальності має важливе значення, це ті випадки, коли психотерапевт сподівається піддавати сумніву реальність метакогнітивних вірувань. Щоб допомогти клієнтові перейти в більш ефективний, метакогнітивний, режим, можуть бути використані метафори, кероване відкриття та різні експериментальні техніки.

S.Batmaz (2014), систематизувавши застосування методів протягом метакогнітивної терапії, описує принципи та орієнтири їх застосування. До таких загальних орієнтирів належать:

- залучення клієнта до терапії та формування терапевтичного альянсу;
- психоедукація про розлад та лікування, зокрема методами метакогнітивної терапії;
- зміщення психічного функціонування клієнта у метакогнітивний режим;
- експериментальні стратегії, відповідні за контроль виконання, спрямовані на подолання наслідків активації когнітивно-атенційного синдрому;
- зміна неадаптивних стратегій подолання на більш ефективні;
- стимулювання та робота з неконтрольованими віруваннями стосовно когніцій чи емоцій;
- стимулювання та робота зі значущістю чи небезпекою вірувань стосовно когніцій чи емоцій;
- стимулювання та робота з позитивними метакогнітивними віруваннями;
- застосування стратегій профілактики рецидиву та припинення терапії.

Метакогнітивна терапія має свої специфічні **принципи**, які сформувались на основі емпіричних досліджень або були розроблені шляхом клінічного спостереження. Уеллс їх узагальнює таким чином.

1) Будь-яка негативна емоційна реакція, наприклад, тривога чи депресія, розглядається як сигнал, який вказує на невідповідність між саморегуляцією та загрозами благополуччю.

2) Ці негативні емоції, як правило, є загалом самообмежувальними, оскільки людина включає деякі стратегії для їх подолання.

3) Якщо ці емоційні переживання з якихось причин стають постійними, можна говорити про психічний розлад.

4) Основна причина подовженої тривалості таких негативних переживань полягає у специфічних стилях мислення та поведінкових реакціях, тобто стратегіях людини.

5) Ці неадаптивні стилі та реакції призводять до активації когнітивно-атенційного синдрому, і це є очевидним у всіх психологічних розладах.

6) Когнітивно-атенційний синдром складається з компонентів, які тісно пов'язані із занепокоєнням, румінацією, моніторингом загроз, неефективними стратегіями контролю думок, поведінкою уникнення тощо.

7) Когнітивно-атенційний синдром є результатом помилкових метакогнітивних вірувань, які пов'язані з контролем та оцінкою.

8) Когнітивно-атенційний синдром відповідальний за тривалі і посилені негативні емоційні переживання.

9) Метакогнітивна терапія в першу чергу орієнтується на CAS та відповідні метакогніції.

Специфічні техніки метакогнітивної терапії.

У цьому підході користуються різними методами. Багато з них є класичними методами когнітивно-біхевіоральної терапії. Вони використовуються з різною частотою та для різних цілей. Втім, є й специфічні техніки цього підходу. До них належать, насамперед, такі техніки:

- робота з метакогнітивними віруваннями, а також, коли це доцільно, перевірка їх на реальність;
- відтермінування тривоги або румінації;
- тренінг уваги;
- незалежне повне безоцінне усвідомлення (mindfulness);
- метакогнітивно подана експозиція.

Коротко розглянемо деякі **практичні аспекти метакогнітивної терапії** (Метакогнітивна психотерапія, 2022).

Приблизні питання для аналізу проблеми у АМС-моделі.

Для пошуку активаторів:

- Що сталося? Що сталося перед цим? Яка була перша думка?
- Про що ви подумали перед цим?
- Які думки вас привели до цього?

Питання для пошуку метавірувань і патернів когнітивно-атенційного синдрому:

- Що трапилося з вашим мисленням, коли це сталося?
- Куди була спрямована ваша увага? Що відбувається у вашій голові?
- З якою метою ви про це думаєте? Що дають вам ці роздуми?
- Ви непокоїлися / прокручували у голові ці ситуації? Як довго?
- Чи робили ви щось, аби взяти себе під контроль?
- Чи намагалися ви змінити свої думки, почуття?
- Ви намагалися не думати про щось або уникати чого-небудь?
- Які переваги / користь / вигоди у розмірковуванні / занепокоєнні?
- Які переваги / користь / вигоди у зосередженні на думках, почуттях?
- Як допомагає зосередження уваги?
- Наскільки ви контролюєте свої думки?
- Що станеться, якщо ви не будете себе контролювати?
- Що найгірше може статися, якщо ви продовжите так себе почувати або так мислити?

Питання для пошуку наслідків:

- Як ви реагуєте на ці думки? Як вони впливають на вас?
- Що ви думаєте з цього приводу? Як ви до цього ставитеся?
- Що відбувається після роздумів? Що ви робите, щоб впоратися з цим?

У метакогнітивній терапії застосовується техніка *експозицій*. Це керована експериментальна перевірка цільового метавірування у реальній ситуації з метою отримання доказів щодо значущості цього конкретного метавірування або його спростування.

У метакогнітивному підході до експозицій, на відміну від класичного когнітивного, додаються пункти попередньої оцінки очікувань і їх порівняння з отриманими результатами. Наступні питання та пропозиції допомагають здійснити завдання, пов'язані з цими пунктами.

- Яке метавірування потребує перевірки?
- Наскільки ви у нього зараз вірите?
- Які у вас очікування від перевірки?
- Проведіть експозицію.
- Наскільки вірите тепер? Як розрізняються очікування і результати?
- Підсумуйте та повторіть, виходячи з результатів.

Приклади експозицій.

Метавірування: “Я швидше позбудуся думки, якщо буду намагатися її придушити”.

Перевірка: спробуйте не думати про жовту мавпу протягом 3 хвилин і перевіримо, чи піде ця думка.

Перевірка: спробуйте дозволити собі думати про жовту мавпу протягом 3 хвилин і перевіримо, чи піде думка.

Метавірування: “Чим більше непокоюся, тим краще підготуюся і зроблю”.

Перевірка: спробуйте зробити без занепокоєння і подивимося, краще вийшло чи ні.

Перевірка: спробуйте зробити максимально занепокоєно – непокойтеся настільки сильно, наскільки можливо. Після цього подивимося, наскільки стане краще.

Метавірування: “Я повинен що-небудь зробити, щоб негативна думка пішла”.

Перевірка: не робіть нічого з негативною думкою і подивимося, як швидко піде.

Метавірування: “Якщо я не буду придушувати думки про те, як про мене думають інші, то буду виглядати скутим”.

Перевірка: навмисно міркуйте про те, як про вас думають інші люди, а потім дізнайтеся у них, наскільки ви їм здалися скутим.

Перевірка: посилено придушуйте думки про думку інших людей, а потім дізнайтеся наскільки ви здалися їм впевненим

Метавірування: “Якщо я не відмовлю собі в чому-небудь, то моя сила волі ослабне”.

Перевірка: намітьте собі справу, яку давно відкладаєте, протягом дня ні в чому собі не відмовляйте і перевірте, наскільки легко буде взятися за справу, що відкладається.

Перевірка: намітьте собі справу, яку давно відкладаєте, протягом дня відмовляйте собі в усьому і перевірте, наскільки легко буде взятися за справу, що відкладається.

Наведені нижче *експерименти* спрямовані на зміну метакогніцій про втрату контролю. Вони не повинні використовуватися для придушення думок. У них не заперечується сама думка або занепокоєння. Регулюється тільки їх тривалість або інтенсивність. Ці експерименти, регулярно практикуються для досягнення впевненості у тому, що занепокоєння підвладне зміні.

Експеримент з відкладенням.

1. Коли виникає активувальна думка, скажіть собі “Мені зараз ніколи, я занепокоюся трохи пізніше, наприклад, через 10 хвилин”.
2. Зафіксуйте обіцяний час.
3. Через 10 хвилин непокойтеся стільки, скільки завгодно.
4. Якщо забули занепокоїтися, то повторіть крок 1.

Експеримент з обмеженням.

1. Коли виникає активувальна думка, скажіть собі: “У мене є 15 хвилин на занепокоєння, ні більше, ні менше”.
2. Зафіксуйте обіцяний час.
3. Непокойтеся відведений час з будь-якою інтенсивністю.

Експеримент з варіабельним активатором.

1. Оберіть будь-яку випадкову думку.
2. Почніть непокоїтися з приводу неї настільки, наскільки можливо.

Експеримент з контролем.

1. Подумайте про будь-який неспокій чи тривогу.
2. Почніть хвилюватися якомога сильніше і інтенсивніше.
3. “Розхвилюйте” себе настільки, наскільки можливо, щоб втратити контроль над занепокоєнням.
4. Перевірте, чи втрачаєте ви контроль над дійсністю через хвилювання.

Тренування уваги.

Тренування уваги необхідне для оволодіння навичкою регуляції і розподілу уваги. Воно дозволяє клієнту знизити вплив внутрішніх тригерів за рахунок зміни їх сприймання. Найчастіше рекомендується тренувати увагу на звуках, а не на образах, тому що занепокоєння і румінації зазвичай відбуваються у вигляді внутрішнього діалогу. Переключення уваги на зовнішні звуки знижує чутливість і сприйняття внутрішніх.

Зазвичай рекомендується практикувати 2 рази на день (вранці і ввечері), протягом 2-4 тижнів. Використовуються спеціальні аудіодоріжки, у яких звучать різні аудіокомпоненти, а диктор просить зосереджуватися на тих чи інших компонентах. Можливе також практикування інших варіантів самостійного тренування за тим же принципом.

Загальні правила щодо подібного прослуховування музики такі.

1. Клієнтові пропонується звертати увагу на різні складові аудіокомпозиції, складати їх між собою і розділяти, пробувати почути різні мелодії і чути відразу всі компоненти.

2. Якщо прослуховування відбуваються під час прогулянки, рекомендується перемикатися між навколишніми звуками: шумом машин, шелестом дерев, кроками людей, швидко перемикаючись між ними, пробувати чути відразу все.

3. При перебуванні у компанії людей, відводити трохи часу на тренування, але не уникати при цьому спілкування. Пробувати чути різних співрозмовників, після чого швидко переключатися між ними. Перемикати увагу на гучність, ритм, тембр голосів і пробувати сприймати голоси просто як звуки.

Щоразу до і після практикування пропонується вимірювати свій індекс уваги. Для цього можна намалювати собі шкалу в блокноті і щодня відзначати, наскільки увага була спрямована назовні / всередину, і таким чином відстежувати своє просування (рис. 2.1).

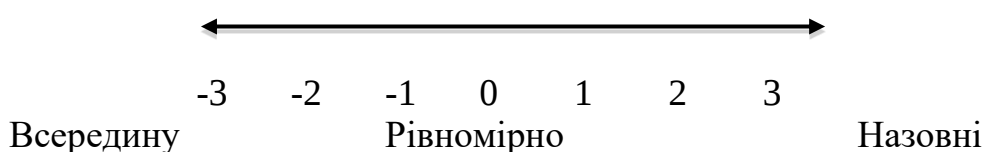


Рис. 2.1. Шкала індексу уваги

Експозиція з гнучкою увагою.

Клієнтові пропонують використовувати досвід, отриманий у процесі тренувань уваги при експозиціях або у експериментах, з метою отримати нову інформацію, яка може спростувати метавірування або перекрити безперервний моніторинг загроз.

Наприклад, люди з соціофобією думають, що всі дивляться на них. Але вони так тільки "думають". Насправді все може бути зовсім інакше. Тому корисно попросити клієнта увійти в соціальні ситуації і зосередити увагу назовні, щоб визначити, скільки дійсно людей дивиться на них. Так само можна попросити спеціально зробити помилку і подивитися на реакцію інших людей.

Деякі люди також бояться переходити дорогу, тому що звертають увагу тільки на автомобілі, що прискорюються. Корисно спробувати перемкнути увагу і на інші автомобілі – ті, що нерухомі або сповільнюються. Це дозволить оцінити реальну небезпеку ситуації на дорозі.

Практикування безоцінного усвідомлення.

Мета цієї практики – навчитися не чіплятися за думки, спостерігати зміст внутрішнього досвіду без спроб його змінити або контролювати.

Увага перемикається сама по собі, якщо залишити спроби управління і дозволити всьому відбуватися природно. Пропонується поставитися до техніки не як до способу уникнути або проконтролювати негативні переживання, а як до нової навички, яка з тренуванням підвищить ймовірність сприйняття цих переживань в метакогнітивному режимі.

Коли людина помічає, що відволікається від виконання вправи, її заспокоюють, що це нормально і не варто докладати надмірних зусиль для фокусування на вправі, оскільки ідея контролю суперечить базовим ідеям, що лежать в основі цих вправ. Клієнта орієнтують на те, що він має просто безоцінно відзначати думку про те, що він відволікся, і м'яко повернутися до виконання вправи.

У практиці цього виду терапії використовуються також *візуальні метафори*. Наведемо їх приклад.

“Уявіть собі хмари в небі, струмок з листям, водоспад, сніг, що падає, рух автомобілів або будь-яку тварину. Дозвольте собі пасивно спостерігати за тим, що відбувається, ніяк не впливаючи на рух хмар, на швидкість течії або напрям руху тварин. Постарайтеся поставитися до своїх думок і почуттів так, як до хмар, що пропливають. На небі є необмежений простір, який вміщає будь-яку кількість хмар. Хмари можуть бути різної форми. Різного кольору. Деякі темні, деякі світлі. Дозвольте зайняти їм своє місце і дайте час, знаючи, що вони в кінцевому підсумку пролетять повз вас”.

Техніка вільного потоку.

Увімкніть радіо або телевізор. Слухайте і стежте за думками, образами, спогадами, які у вас виникають з приводу спонтанних стимулів. Не думайте спеціально, почуте саме по собі викличе у вас різні думки. Просто відзначайте про себе все, що відбувається всередині вас у відповідь на зовнішній стимул.

Техніка вербальної петлі.

Розпочніть відтворення всіх своїх думок вголос і запишіть на диктофон. Прослухайте запис і відзначайте свої думки з приводу почутого. Ця вправа ілюструє метакогнітивний режим – ви спостерігаєте свої думки і не намагаєтесь їх змінити, як запис, який просто відтворюється. Спробуйте чути свої думки як звуки зовні, просто інформацію, а не факти. Не втягуйтеся, адже вони – це просто шум.

Мріяння.

Зазвичай мріяння це активний процес. Ми конструємо свій світ, в який занурюємося, і сприймаємо його як реальність. Але спробуйте перейти в режим спостереження і дозволити собі мріяти вільно. Нехай ваша мрія розгортається сама собою, хай тягнеться в будь-якому напрямку. Просто відзначайте, як це відбувається саме по собі.

2.9. Схема-терапія

Схема-терапія (Schema therapy) була розроблена Дж. Янгом (нар. у 1950 р.). Це інтегративна психотерапія, що поєднує у собі теорії та методи таких видів психотерапії як когнітивно-біхевіоральна терапія, психоаналітична теорія об'єктних стосунків, теорія прив'язаності та гештальт-терапія.

Дж. Янг пов'язував потребу у створенні та застосуванні нового підходу з допомогою клієнтам, лікування яких методами класичної когнітивно-біхевіоральної терапії не давало істотних результатів. Такі клієнти

відрізняються певними параметрами психологічних проблем, основним серед яких є складність та нестійкість патернів міжособистісних стосунків. Розлади у цих клієнтів часто відповідають діагностичним критеріям одного чи більше особистісних розладів. Основні позиції схема-терапії, які відрізняють її від класичної когнітивно-біхевіоральної терапії, такі (Арнтц, 2016).

1. *Робота не лише з когнітивними та поведінковими аспектами проблем, але й з проблемними емоціями*, які відносяться до основних ознак розладу поряд з когніціями та поведінкою. У схема-терапії використовують не лише когнітивно-поведінкові стратегії, але й експерієнтальні та емоційно-фокусовані інтервенції, які використовуються у гештальт-терапії та психодрамі. Широко застосовуються діалоги з допомогою стільців, вправи на уяву тощо. Фокус на емоціях доречний, оскільки проблемні патерни осіб з особистісними розладами зазвичай підтримуються відповідним проблемним емоційним досвідом, а можливості когнітивного опрацювання емоційних проблем у таких випадках є обмеженими.



Репродукція картини Ремедіос Варо «Феномен»

2. *Придання більшого, ніж у стандартній практиці когнітивно-біхевіоральної терапії, значення проблемам дитинства*, що відкрило дорогу використанню і психодинамічних підходів та концепцій (у класичній КБТ від таких підходів відмежовуються). Важливе завдання, яке ставиться у схема-терапії, це розкриття для клієнта зв'язку між дисфункційними умовами розвитку у дитинстві та патернами теперішнього. Хоча, на відміну від психоаналітичного опрацювання, у схема-терапії робота з інформацією біографічного характеру не вважається найважливішим чинником терапії.

3. *Зосередження уваги на ролі терапевтичних стосунків*, які розуміються як “обмежене батьківство”, що передбачає взяття терапевтом у рамках терапевтичної ситуації на себе батьківської ролі з виявами теплого та

турботливого ставлення до клієнта. При цьому стиль “репарентингу” має бути адаптованим до схем клієнта.

Основними теоретичними концепціями схема-терапії є:

- ранні дезадаптивні схеми (“схеми”);
- стилі подолання (копінгу);
- режими;
- базові емоційні потреби.

Схема – це організована модель мислення і / або поведінки. Це деяка структура апріорних уявлень, що представлена у свідомості і визначає систему сприйняття і організації нової інформації. Згідно з поглядами Янга, схеми “забезпечують самозахист моделі сприйняття, емоцій, і фізичних відчуттів” (Арнтц & Якоб, 2016). Скажімо, людина зі схемою “покинутості” може бути надмірно чутливою щодо відчуття своєї значущості для інших, і бути схильною до того, щоб залишати інших тоді, коли вони засмучують її або змушують переживати відчуття тривоги чи паніку.

Важливою концепцією, використовуваною у схема-терапії, є концепція **стилів копінгу** (Coping Styles). Стилів копінгу (подолання) розуміються у даному підході як поведінкові відповіді на схеми, які (відповіді) спрямовані на “поліпшення стану речей”. Тим не менш, часто застосування стратегій подолання призводить лише до посилення схеми. Можна продемонструвати це, продовжуючи розгляд прикладу зі схемою “покинутості”. Людина має високий рівень відчуття щодо можливості бути покинутою у стосунках. Вона переживає смуток, можливо, паніку, і саме завдяки цьому вона може вести себе так, що за результатом обмежує близькість у стосунках з іншими людьми, бажаючи захистити себе від можливості бути покинутою. У підсумку вона стає ще більш самотньою, тобто її схема “покинутості” зміцнюється.

Ще одна важлива концепція – концепція **схема-режимів**. Режими це умонастрої, у яких людина знаходиться незначний або тривалий час, і які об’єднують схеми і стилі копінгу у тимчасовий “характер існування” (Young, 2003). Наприклад, режим вразливої дитини може являти собою умонастрій, що включає схеми покинутості, дефективності, недовіри / очікування жорстокого поводження і стиль копінгу у вигляді визнання неспроможності / капітуляції.

Незадоволення базових емоційних потреб у дитинстві зазвичай приводить до виникнення дезадаптивних схем, стилів копінгу та режимів. Важливими базовими потребами є потреби у: зв’язку, взаємності і взаємодії, потоці і автономності (Young, 2003). Так, дитина з незадоволеними потребами зв’язку з іншими, наприклад, у випадку втрати, смерті чи розлучення батьків чи якоїсь деструктивної залежності може виробити схему покинутості/нестабільності.

Власне, метою схема-терапії є допомога клієнтам у задоволенні ними своїх глибинних емоційних потреб. Але таке задоволення стає можливим лише через зміну неадаптивних схем на адаптивні. Основні кроки, які бачаться необхідними у досягненні цієї мети, це:

- припинення використання дезадаптивних стилів копіngu та поведінкових патернів, що блокують контакт з почуттями;
- зміна схем та моделей поведінки шляхом задоволення потреб, які існують як всередині терапевтичних стосунків, так і поза ними;
- запровадження розумних меж гнівливих, імпульсивних чи гіперкомпенсувальних схем та режимів;
- боротьба із самокаральними, надмірно критичними та вимогливими схемами і режимами;
- побудова здорових схем і режимів.

До типових методів у схема-терапії належать методи обмеженого перевиховання та гештальт-психодрами: перезапис образів і техніка “порожнього стільця”.

Концепція схем використовується у відповідності до їх визначення та розуміння у когнітивній психології. Отже, схеми можуть бути адаптивними (здоровими) та дезадаптивними.

Дезадаптивність схеми полягає у тому, що вона блокує задоволення базових емоційних потреб. Причинами формування дезадаптивних схем є недостатність належних стосунків та зв’язків зі значущими близькими людьми у дитинстві. Такі схеми формуються у дитинстві і являють собою патерни нестабільних поведінкових реакцій у певних життєвих ситуаціях. Згодом ці схеми стають майже рефлексорними, і людина продовжує їх зберігати й у дорослому житті. Тобто потреби, незадоволені у дитинстві, продовжують визначати поведінку людини протягом життя, задаючи своєрідну матрицю сприймання та ставлення до світу.

Неадаптивні схеми можуть себе виявляти на різних рівнях – від тілесних відчуттів, пов’язаних із травмами минулого (як це відбувається при посттравматичному стресовому розладі) до характеру думок, емоційного реагування та поведінкових патернів. Вплив таких схем відбивається у нездатності людини встановити свою істинну сутність, у викривленні образу власного тіла, нездатності до гармонійного спілкування з іншими, такого, що задовольняє людину. Людина може відчувати себе неадекватною, неповноцінною тощо.

Янг виокремив 18 схем, розбивши їх на 5 категорій (Арнтц & Якоб, 2016). Вони наведені нижче у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Ранні дезадаптивні схеми

Категорії	Схеми
Роз’єднаність/відторгнення	Покинутість/нестабільність Недовіра/насильство Емоційна депривація Дефективність/сором Соціальна ізоляція/ відчуження

Порушення особистісної автономії та невизнання досягнень	Залежність/некомпетентність Схильність до фізичних ушкоджень чи хвороб Зв'язність з іншими/нерозвинуте Я Приреченість на невдачу
Порушення меж	Володіння особливими правами/грандіозність Недостатність самоконтролю/самодисципліни
Спрямованість на інших	Підкорення Самопожертва Пошук схвалення
Надмірна пильність та придушення	Негативність/песимізм Придушення емоцій Завищені вимоги до себе Каральність

I. У основі категорії схем “*Роз’єднаність/відторгнення*” лежить порушення прив’язаності. Ці схеми пов’язані з переживанням дефіциту безпеки та надійності у міжособистісних стосунках.

(1) *Покинутість/нестабільність*. Особи, у яких сформована така схема, страждають від недовговічності стосунків, у які їм доводиться вступати. Вони непокояться з приводу того, що важливі для них люди можуть їх покинути.

Зазвичай у їх дитинстві був подібний досвід: наприклад, смерть значущої людини або розлучення батьків, у результаті якого один з них припинив піклуватися про майбутнього носія схеми покинутості. Такі особи схильні вступати у ненадійні стосунки, неначе прагнучи знов пережити травматичний досвід дитинства. Навіть у спілкуванні з надійними людьми та у стабільних стосунках особам зі схемою покинутості достатньо незначного приводу для запуску вираженої реакції страху втрати чи відторгнення.

(2) *Недовіра/насильство*. Особи с домінуванням цієї схеми живуть у постійному очікуванні насильства, приниження, незадовільного ставлення до них з боку інших людей. Навіть коли люди виявляють очевидно добре ставлення до цих осіб, останнім здається, що за цим стоять недобрі наміри. Найчастіше така схема формується на основі пережитого у дитинстві досвіду насильства по відношенню до себе.

(3) *Емоційна депривація*. Формування цієї схеми, як правило, пов’язане з недостатністю батьківського тепла та піклування у дитинстві та пов’язаного з нею відчуття незахищеності. Хоча такі особи можуть описувати своє дитинство як благополучне і забезпечене. Почуття, породжені цією схемою, не надто інтенсивні. Ця схема “позбавляє людину здатності відчуті і визнати симпатію оточуючих” (Арнтц & Якоб, 2016: 25). Вона може виявити себе лише тоді, коли людина потрапляє у нестерпні обставини і не здатна прийняти піклування інших про себе.

(4) *Дефективність/сором*. Носій цієї схеми переживає відчуття власних дефективності, меншовартості, небажаності. Людина переконана, що не варта уваги, поваги або любові інших, не заслуговує їх. Вияви позитивного ставлення до них оточуючих не змінюють цього переконання. Переживання меншовартості та дефективності супроводжується почуттям сорому. У осіб з межовими розладами особистості ця схема часто зустрічається у поєднанні зі схемою недовіри/насилства. Підставою для формування цієї схеми найчастіше слугує дитячий досвід приниження та знецінення.

(5) *Соціальна ізоляція/відчуження*. Такі особи відчують свою несхожість на інших та переживають почуття відчуження у будь-якій соціальній групі. При цьому інші люди можуть вважати їх гармонійно вбудованими у колектив. У дитячому досвіді таких людей виявляються ізолюваність у силу певних причин, наприклад, погане володіння діалектом тієї місцевості, де вони проживали, або невідвідування дошкільних закладів, а в подальшому – відсутність їх членства у молодіжних організаціях та клубах.

Дуже часто у них відзначається невідповідність між соціальним та сімейним походженням, з одного боку, та рівнем і змістом їх власних досягнень у дорослому віці – з іншого. Прикладом може бути людина, яка росла у бідній родині, інші члени якої мали низький освітній рівень, і яка стала першим чи єдиним членом родини, що отримав вищу освіту. Така людина “не належить жодному зі світів – ні своїй сім’ї, ні класу освічених людей у силу різності їх соціального походження” (Арнтц & Якоб, 2016: 27).

II. У категорії схем ***“Порушення особистісної автономії та невизнання досягнень”*** переважають проблеми підтримки особистісної автономії та визнання власних досягнень. Домінування цієї схеми визначає сприйняття людиною себе як залежної та незахищеної, що результується у нерішучості та переживаннях, пов’язаних з нею. Такі особи бояться приймати автономні рішення, оскільки вбачають у них небезпеку стосункам з людьми. Вони уникають ситуацій серйозного вибору.

(6) *Залежність/некомпетентність*. Безпорадність та нездатність самотійно керувати своїм життям є головними рисами цієї схеми, яка може формуватись у ситуації завищених вимог у дитинстві, у результаті чого особа живе з постійним відчуттям недостатності власних ресурсів для відповіді на життєві виклики. При цьому ці вимоги можуть бути й імпліцитними, наприклад, соціальні очікування щодо відповідальності людини у ситуації хвороби когось з її батьків. Інша підстава для формування схеми залежності – це ситуація, у якій, навпаки, батьки нічого не вимагають від дитини і контролюють її, блокуючи розвиток у неї почуття автономності.

(7) *Схильність до фізичних ушкоджень чи хвороб*. Ця схема характерна для клієнтів з іпохондричними симптомами та тривожними розладами. Підставою для її формування може бути надмірно пильне ставлення дорослих, що піклувались про особу у дитинстві, до її здоров’я, їх прагнення попередити будь-яку небезпеку захворювань, обережність та стурбованість з приводу найменших ознак порушення здоров’я.

Також ця схема може формуватись у людей, що стали жертвами руйнівних та не підвладних їх волі та контролю подій, таких, як стихійні лиха чи насправді важкі хвороби.

(8) *Злитність з іншими/нерозвинуте Я*. Люди, у яких сформована ця схема, мають слабе почуття власної ідентичності. Для прийняття рішень у щоденному житті вони потребують постійної підтримки та схвалення інших людей. Вони не можуть визначити власну позицію, думку з того чи іншого питання без участі значущої людини. У деяких випадках такі особи не відчують своєї особистісної окремості. Такі клієнти рідко висловлюють скарги, пов'язані з функціонуванням цієї схеми, оскільки стосунки злитності не сприймаються ними у негативній якості. Проблеми можуть виявляти себе опосередковано. Ця схема часто супроводжується obsесивно-компульсивними симптомами.

(9) *Приреченість на невдачу*. Схема вирізняється переживанням людиною себе як менш здібної та обдарованої, ніж інші, та орієнтацією на поразку. Носії цієї схеми переконані, що ніколи не зможуть добитися нічого серйозного та значущого. У дитинстві вони, як правило, мали досвід негативного ставлення до себе та знецінення їх особистості, який вони набули у ситуаціях, де вимагалось продемонструвати високий рівень досягнень.

Ця схема часто діє за принципом самоздійснюваного пророцтва: оскільки особа налаштована на негативний розвиток подій і боїться труднощів, з ним пов'язаних, вона або уникає участі у цих подіях і, звісно, не дає собі можливості виявити власні сильні сторони, або неналежним чином готується до цих подій, бере у них участь і демонструє не кращі свої можливості, а ті, які лише підтверджують її негативні очікування. Тобто те, що людина могла зробити на достатньому рівні, через специфіку її дезадаптивної схеми вона робить на низькому рівні – функціонує замкнене порочне коло.

III. Схеми, що увійшли до категорії **“Порушення меж”**, пов'язані із запровадженням та дотриманням нормальних меж, точніше, з проблемами у таких запровадженні та дотриманні: із браком самодисципліни, слабкою розвиненістю механізмів самокорекції, що заважає людині утримувати себе в межах пристойності.

(10) *Володіння особливими правами/грандіозність*. Носій цієї схеми вважає себе настільки особливим, що це начебто дає йому право нехтувати загальноприйнятими правилами та умовностями і не приймати будь-яких видів обмежень. Ця схема є типовою для нарцисичних особистостей із представленістю прагнення до влади, схильністю до виразного конкурентного способу взаємодії з іншими та прагненням диктувати іншим свої правила. Звісно, такі особливості також мають підстави у ранньому досвіді.

(11) *Недостатність самоконтролю/самодисципліни*. Люди, у яких домінує ця схема, погано контролюють себе та не здатні відстрочувати отримання задоволення. Якщо певне заняття перестало приносити їм задоволення, вони залишають його, не довівши справу до завершення. Проекти, які потребують дисциплінованості та наполегливості, часто

покидаються носіями цієї схеми. Ситуація, що формує таку схему, подібна до ситуації, що породжує схему володіння правом/грандіозності. Однак дана схема може також формуватись у осіб, які перенесли у дитинстві насильство у певній формі.

IV. Схеми, що входять до категорії **“Спрямованість на інших”**, відбиваються на їх носіях у вигляді надання переваги інтересам, потребам та бажанням інших людей, а не своїм власним. Свої потреби їм уявляються менш значущими і важливими.

(12) *Підкорення*. Особи з домінуванням цієї схеми легко дозволяють іншим людям керувати собою та стосунками. Свої наміри та поведінку вони підпорядковують уявленням та вимогам інших. Свої власні потреби усвідомлюються важко, навіть у сприятливій психотерапевтичній ситуації. У дитинстві такі люди або спостерігали підкорення одного з батьків волі іншого, найчастіше – у небезпечній ситуації, або вияви їх власних бажань та потреб карались.

(13) *Самопожертва*. Ця схема також характеризується повним підкоренням своєї поведінки задоволенню потреб інших, але у цьому випадку головне завдання особи полягає не у привласненні чужих переконань та прилаштуванні під них, а у проясненні інтересів та потреб оточуючих з метою їх задоволення. При фокусуванні на власних потребах та бажаннях така особа переживає почуття вини. Така схема часто зустрічається серед представників “допомагальних” професій. За умови сформованості у особи адекватних копінгових механізмів ця схема може й не мати жодних клінічних наслідків.

(14) *Пошук схвалення*. Особи з домінуванням цієї схеми надто стурбовані тим, щоб справити позитивне враження на оточуючих. Мотивація їх поведінки з самопокращення ґрунтується не на прагненні до самовдосконалення як такого, а на бажанні отримати схвалення. Таким людям також важко усвідомлювати свої потреби, оскільки насамперед їх турбують думка оточуючих та їх визнання.

V. Люди зі схемами, що відносяться до категорії **“Надмірна пильність та придушення”**, вирізняються прагненням уникати переживань та спонтанного вияву емоцій чи потреб. Вони знецінюють власні переживання, спонтанні прояви радості, імпульсивності, вважаючи їх несерйозними, “дитячими” виявами.

(15) *Негативність/песимізм*. Особи з цією схемою зосереджені на негативних аспектах будь-якої життєвої ситуації. Вони постійно очікують проблемного розвитку подій, зміни ситуації на гірше. Формується ця схема, як правило, на основі спостережень за значущими іншими, які також вирізнялися песимістичною оцінкою перспектив та негативним ставленням до всього, що відбувається.

(16) *Придушення емоцій*. Носії такої схеми спонтанні почуття розглядають як непристойні або смішні. Емоції загалом бачаться непотрібним та неважливим аспектом людського життя. У дитинстві такі особи, як правило, мали досвід висміювання дорослими їх вияву емоцій, наприклад, гніву,

роздратування чи засмучення. Інколи ця схема формується на основі ситуації, у якій емоції інших членів сім'ї виявлялись надто інтенсивно та були важкими для психічного опрацювання дитиною.

(17) *Завищені вимоги до себе*. Ця схема характеризується переживанням людиною постійного внутрішнього тиску, пов'язаного з необхідністю досягнення амбітних цілей. Особа прагне бути кращою у всьому, чим вона займається. Вона рідко дозволяє собі розважатися, оскільки цінує лише діяльність, пов'язану з досягненням успіху. Проблеми найчастіше виявляються у інших сферах життя, яким людина не приділяє належної уваги, та у зв'язку з усіма негативними аспектами перфекціонізму.

(18) *Каральність*. В основі цієї схеми лежить переконаність у тому, що за свої помилки люди повинні бути обов'язково покарані. Вони найчастіше безжалісні як до себе, так і до інших, та нетерпимі до будь-яких “неправильностей”. Як і попередня схема, схема каральності закладається у дитинстві на основі спостереження за подібною поведінкою значущих дорослих.

Як головний фактор розвитку психологічних проблем у схема-терапії розглядаються незадоволені потреби. У цьому підході виходять з припущення, що дезадаптивні схеми формуються у дитинстві у зв'язку з незадоволенням **базових емоційних потреб**. Дж. Янг виокремив 5 груп таких потреб. Кожній категорії (домену) схем відповідає одна з цих 5 потреб (табл. 2.4, за матеріалами (Арнтц & Якоб, 2016: 45)). Як і список дезадаптивних схем, перелік базових потреб створювався у практичній роботі з клієнтами та не є результатом емпіричних досліджень.

Таблиця 2.4

Взаємозв'язок категорій схем та базових емоційних потреб

Категорія схем	Базові потреби
Роз'єднаність/відторгнення	Безпечна прив'язаність, прийняття, піклування
Порушення особистісної автономії та невизнання досягнень	Автономія, компетентність, почуття самості
Порушення меж	Реалістичні принципи, самоконтроль
Спрямованість на інших	Вільний вияв потреб та емоцій
Надмірна пильність та придушення	Спонтанність, здатність до гри

Стилі копіngu. Одна й та сама схема може виявлятися у людей із зовсім різними поведінковими проблемами. Різні люди реагують на схеми та породжені ними проблеми також по-різному. Стиль копіngu – це той спосіб, яким особистість опановує схему, вправляє з її наслідками у сфері міжособистісних стосунків. У схема-терапії виокремлюють 3 основних стилі копіngu: капітуляція, уникання та гіперкомпенсація.

У разі *капітуляції* людина репродукує поведінкові патерни, відповідні схемі, неначе “здавшись” схемі; під час *уникання* – захищається від

неприємних соціальних ситуацій та емоцій, самоізолюючись, зловживаючи психоактивними речовинами чи застосовуючи іншу поведінку уникання; за *гіперкомпенсації* – веде себе самовпевнено, ніби реальність повністю протилежна схемі.

Схема-режими. Режими визначаються як минулі емоційні стани, викликані дією певної схеми. Схема-режими вирізняються високим рівнем стійкості та, водночас, мінливості. Мається на увазі, що сформований режим важко змінити, він є досить стійким, однак емоційні стани всередині режиму змінні і непостійні. Якщо у клієнта виявляються багато схем і висока інтенсивність вияву схема-режимів, терапевт надає перевагу роботі, насамперед, з режимами, а не з самими схемами, які породжують ці режими.

Схема-режими поділяють на режими, пов'язані з переважанням негативних емоцій, та режими, спрямовані на опанування цих емоцій. Загалом, схема-режими поділяються на такі категорії:

- 1) дитячі режими;
- 2) дисфункційні батьківські режими;
- 3) дисфункційні копінгові режими;
- 4) здорові режими (“здорового дорослого” та “щасливої дитини”).

Дитячі режими вирізняються сильними негативними емоціями, такими, як гнів, сум та переживання покинутості. Вони подібні до поняття “внутрішньої дитини”.

Дисфункційні батьківські режими також характеризуються високою емоційністю. Поняття дисфункційного батьківського режиму близьке за змістом до поняття інтроєкта у психодинамічній теорії. У схема-терапії ці режими розглядаються як “інтерналізація дисфункційних батьківських реакцій на дитину” (Арнтц & Якоб, 2016: 54). У цих режимах людина негативно ставиться до себе, тисне на себе, змушує до чогось, ненавидить себе тощо.

Дисфункційні копінгові режими пов'язані зі стилями копіngu – капітуляцією, униканням чи гіперкомпенсацією. Наприклад, у режимі уникання людина відгороджується від соціальних контактів, а також від емоцій та переживань.

Здорові режими – це режими здорового дорослого та щасливої дитини. У режимі здорового дорослого людина реалістично сприймає життя, саму себе, адекватно ставиться до обов'язків та до задоволення власних потреб. Це режим, який відповідає поняттю здорового функціонування у психодинамічній теорії. Режим щасливої дитини пов'язаний з переживанням радості та задоволення.

Розглянемо деякі з режимів, які клієнти часто виявляють у ході терапії.

Сердита дитина. Режим вмикається більшою мірою за рахунок відчуття себе жертвою або почуття гіркоти чи розчарування, що веде до заперечення, песимізму, ревності і люті. Перебуваючи у цьому схема-режимі, людина відчуває відсутність підтримки, страх, відчай, розгніваність, сумнівається у

собі, ранима, може відчувати потребу кричати, кидати чи ламати речі, завдавати шкоди собі чи оточуючим.

Імпульсивна дитина. При цьому режимі людині “все сходить з рук”. Він може вступати в гру в періоди, коли людина переживає “кризу самовизначення”, у моменти деперсоналізації тощо. “Імпульсивна дитина” являє собою бунтівний і безтурботний режим, який може містити такі елементи: безрозсудне водіння, вживання психоактивних речовин, суїцидальні думки, нанесення собі шкоди, азартні ігри, спалахи гніву, звинувачення інших людей, небезпечний секс, імпульсивність у прийнятті рішень, втеча від проблеми, яка виникла, без її вирішення, що може призводити до свідомих суїцидальних думок, якщо не зупинити функціонування цього режиму.

Відсторонений захисник. Цей режим орієнтований на втечу. Люди у режимі “відстороненого захисника” усуваються, відмежовуються, віддаляються, якимось ховаються. Поведінкові патерни цього режиму можуть формуватися під впливом стресових факторів, потрясінь тощо. Велику роль у формуванні режиму відіграє відсутність навичок поведінки у ситуаціях, коли від людини вимагається підвищена самовіддача. Людина у цьому режимі неначе впадає у заціпеніння з метою захистити себе від шкоди, яку їй наносить стрес, від того, чого вона боїться, або від страху невідомості. Часто “запускають” такі страхи недовіра та невпевненість.

Вразлива дитина. У цьому режимі людина відчуває себе в певному сенсі неповноцінною, дефектною, відторгненою, нелюбимою, самотньою. Вона може перебувати в умонастрої “я проти світу”. Основою режиму є відчуття людини, що її покинули однолітки, друзі, родина чи взагалі всі. Поведінка людини у цьому режимі ґрунтується на депресивних тенденціях, песимістичних переживаннях, почутті непотрібності та меншовартості. Людина думає про себе, що вона негідна любові і прихильності інших, сповнена вад, які неможливо виправити. Вона гіперчутлива до критики чи компліментів, замкнена і не вірить у те, що здатна щось змінити.

Батько, що карає/критикує. Цей режим визначається вірою особи у те, що вона має бути жорстоко покарана. Основою цієї віри може бути відчуття “меншовартості”. Людина може відчувати, що повинна бути покарана навіть за те, що вона існує. Такі почуття, як сум, гнів, нетерпіння, невдоволення у цьому режимі спрямовуються як на особу, так і від неї. Навіть невеликі і розв’язувані проблеми бачаться як надто значні та нерозв’язувані. Людина не пробачає собі навіть дрібних помилок. Характерними є нереалістичні перфекціоністські очікування і “чорно-біле мислення” – власне, на них і ґрунтується даний режим. Покарання бачиться тим наслідком, який повинен наступити у відповідь на власну недосконалість.

Використовувані у схема-терапії **техніки** є досить різноманітними.

Як зазначають Young, Klosko & Weishaar (2003), багато методів схема-терапії використовують і розширюють стандартні техніки когнітивно-бихевіоральної терапії, переважно здійснюючи втручання на когнітивному

рівні. Це традиційні аргументи “за” і “проти” або розширення в образний діалог між “схемною стороною” і “здоровою стороною”. Деякі методи серед тих, що використовуються у схема-терапії, ґрунтуються на напрацюваннях гештальт-терапії та психодрами, тобто вони є більш експериментальними і фокусованими на емоціях. Інша група методів є біхевіоральною: рольові ігри, які включають взаємодію, з подальшим призначенням взаємодії у якості домашнього завдання. Одним з найхарактерніших аспектів методичного боку схема-терапії є використання терапії стосунків, зокрема, обмеженого перевиховання.

Обмежене перевиховання і експериментальні втручання, особливо, пов’язані зі зміною режимів, можуть розглядатися як описані в психоаналізі об’єктні стосунки, або як внутрішні суб’єктні стосунки (за Т. Огденом).

Процес **обмеженого перевиховання** є основою схема-терапії, одним з найбільш унікальних і визначальних її елементів. Його ефективність отримала експериментальне підтвердження за результатами двох рандомізованих контрольованих досліджень, які показали, що велика частка клієнтів з межовим розладом особистості досягає повного одужання щодо великого спектру симптомів. Що важливо, було відзначено дуже низький рівень виходу з дослідження. При цьому клієнти, які взяли участь у цих дослідженнях, ефективність терапії і низький відсоток виходу з дослідження пов’язували з методом обмеженого перевиховання.

Початки обмеженого перевиховання знаходяться у припущенні, прийнятому у схема-терапії, що ранні дезадаптивні схеми і режими виникають за умови незадоволення основних потреб. Тому метою терапії стає задоволення цих потреб шляхом надання допомоги клієнтові у отриманні вражень та переживань, які були упущені в ранньому дитинстві, для того, щоб вони слугували антидотом руйнівним переживанням, які призвели до формування неадекватних схем і режимів. Обмежене перевиховання – це своєрідний терапевтичний замітник здорового виховання, якого клієнт з тих чи інших причин не отримав у дитинстві. Воно передбачає створення у клієнта в межах терапевтичних стосунків безпечних прив’язаностей. У терапевтичних стосунках терапевт спрямовує свою діяльність на задоволення основних потреб клієнта. Прибічники схема-терапії відштовхуються від постулату про те, що така безпечна прив’язаність є основою адаптивного функціонування людини.

Отже, цілі обмеженого перевиховання передбачають фокусування на широкому спектрі потреб, серед яких – ранні зв’язки, радість, адекватні обмеження і автономія. Обмежене перевиховання містить різні аспекти, такі як тепло та турбота, саморозкриття, твердість, конфронтація, грайливість, встановлення меж. Т. з. “емпатійна конфронтація”, яка використовується у цьому методі, надає йому форму одночасних ніжності і твердості. Форма обмеженого перевиховання змінюється залежно від етапу терапії. Тому позиція терапевта у схема-терапії змінюється і не може бути визначена лише у одному ключі: це особлива позиція нейтралітету, твердості або турботи, які,

у свою чергу, виявляються з різною виразністю на різних терапевтичних етапах та у різних ситуаціях. Вона характеризується широким спектром реакцій з боку терапевта і вимагає від нього гнучкості та здатності організовувати свої реакції з метою задоволення основних потреб клієнта.

Схема-терапія відрізняється від більшості інших психотерапевтичних підходів щодо ставлення до ранніх потреб у зв'язку. У більшості підходів загальноприйнятою є ідея про те, що формуванню автономії клієнта сприяє навчання клієнтів навичкам регулювання їх афектів або зайняття терапевтично нейтральної позиції. Щодо нейтральної позиції психотерапевта – вважається, що вона запобігає виробленню у клієнта залежності від терапевта, яка заважатиме формуванню навичок саморегулювання афектів. У підході ж обмеженого перевиховання така залежність вітається. Терапевт бере безпосередню участь у регулюванні афектів клієнта, формуючи режим здорового дорослого, моделлю якого є він сам. Участь терапевта у регулюванні афектів клієнта стає частиною загального процесу, а не полягає лише у сторонньому спостереженні за цим процесом. Але завданням є формування у клієнта режиму здорового дорослого, який стає підґрунтям для розвитку його автономії. Отже, обмежене перевиховання передбачає довіру до ранніх потреб у зв'язку та залежності і переконання в тому, що з цими потребами не варто боротися, а навпаки, їх треба задовольняти.

Першим кроком обмеженого перевиховання є досягнення режиму вразливої дитини і встановлення обмежень режимів уникнення та компенсації, а також тих копінгових стилів, що блокують доступ до режимів та схем вразливої дитини. Далі терапевт слідує за тим, щоб із ситуацій, які можуть увімкнути режим сердитої дитини, клієнт знайшов конструктивні виходи. Він допомагає клієнту у обмеженні дії схем покарання, завищених вимог до себе, підкорення. Ці кроки зазвичай полегшуються шляхом використання керованих візуальних образів, експериментального методу, який дозволяє психотерапевту встановлювати більш прямий контакт з різними режимами і схемами.

Робота з візуальними образами. Оскільки роль правої півкулі головного мозку у ранньому дитинстві є провідною у побудові зв'язків дитини, які у подальшому беруть участь у її розвитку, вважається, що більшість ранніх дезадаптивних схем “фіксується” і “зберігається” у правій півкулі мозку клієнта, яка, своєю чергою, має міцні зв'язки з лімбічною системою мозку, відповідальною за виникнення емоцій. Таким чином, права півкуля пов'язана з найглибшими та найсильнішими почуттями. Основним засобом, який права півкуля використовує для обробки та організації інформації, у тому числі, про власну особистість, є візуальні образи. Тому саме вони якнайкраще можуть слугувати меті отримання доступу до режиму вразливої дитини, що стосується ставлення до значущих, пов'язаних з цим режимом почуттів, які лежать в основі схем. Керовані візуальні образи використовуються більшою мірою на ранніх етапах схема-терапії з метою

більш чіткого розуміння схем і режимів, які сформовані у конкретного клієнта. Таке використання здійснюється наступним чином.

1. Терапевт допомагає клієнту викликати у пам'яті негативні дитячі спогади у вигляді образів переживань, пов'язаних з матір'ю, батьком та іншими значущими людьми.

2. Терапевт просить клієнта вести діалог з цими людьми.

3. Терапевт пробує дізнатися у клієнта, що тому потрібно від значущих інших і намагається зрозуміти ці потреби через призму пов'язаної з ними схеми.

4. Терапевт просить клієнта визначити, які з нинішніх ситуацій викликають ті ж емоції, що і образи з раннього дитинства і, таким чином, уточнює зв'язок між ранніми спогадами і поточними тригерами схем і режимів.

По мірі того, як терапевт уявляє собі образи, описувані клієнтом в режимі вразливої дитини, досягається резонанс його правої півкулі з правою півкулею клієнта. Вважається, що цей резонанс поглиблює і активізує емоційний зв'язок між терапевтом і клієнтом.

Використання керованих візуальних образів відбувається не лише на початковому етапі схема-терапії, але і на наступних її етапах. За допомогою т.з. перезаписування образів болючі спогади переглядаються клієнтом і до них змінюється ставлення. У підсумку вони втрачають свою психотравмувальну силу, натомість, з'являються більш гармонійні образи.

Схема-терапія не відноситься до короткотривалих методів. Навіть *початковий* її етап може тривати рік і більше. На ньому терапевт проводить обстеження; пояснює клієнту модель схем та режимів та допомагає йому ідентифікувати їх та виявити їх походження і функції, які вони виконують.

На цьому етапі до завдань терапевта входить встановлення з клієнтом стосунків безпечної прив'язаності в межах терапевтичних стосунків, що передбачає обмежене рамками терапії "батьківство" терапевта щодо вразливої дитини, створення в терапії атмосфери безпеки та прийняття, якої клієнтові могло бракувати в дитинстві. Клієнт навчається адаптивнішій регуляції емоційних станів. Наприклад, для регуляції внутрішнього болю клієнт може почати використовувати замість самопошкоджень прикладання до рук кубиків льоду або займатись певною фізичною активністю. Терапевт допомагає клієнтові у подоланні конфліктів та труднощів, які виявляються протягом терапії.

На наступному – *основному* – етапі терапевт працює з виявленими дисфункційними схемами, виявляючи турботу про потреби вразливої дитини, тим самим транслуючи клієнтові модель здорової турботи про себе та поступово передаючи цю роль самому клієнту. Терапевт протидіє відстороненому, осудливому та каральному схемним аспектам ("злий/злому внутрішній матері/батьку") та захищає клієнта від внутрішніх осудження, критики чи іншого негативного самоставлення. На цьому етапі клієнт

навчається протидіяти каральним аспектам, що поступово призводить до їх ослаблення. “Сердита дитина” навчається висловлювати злість у прийнятний спосіб; все більше посилюється “здоровий дорослий”, який розвиває самоконтроль та самодисципліну. Психотерапевт на цьому етапі може застосовувати найрізноманітніші техніки когнітивно-біхевіоральної терапії, гештальт-терапії та інших підходів.

На *завершальному* етапі терапії терапевт сприяє впровадженню змін, які відбулись у внутрішньому просторі клієнта, у його повсякденне життя, фокусуючись на досягненні поведінкових змін, виробленні адекватних стратегій копіngu, розвитку здорових стосунків з оточуючими тощо. Приділяється увага також таким аспектам, як розвиток здібностей, самореалізація клієнта, формування його власної ідентичності, тобто тим параметрам особистісного розвитку, які співвідносні з підлітковим та раннім дорослим віком.

Терапевт поступово готує клієнта до завершення терапії та сприяє збільшенню його незалежності від терапевта.

Голландські дослідники Giesen-Bloo, Van Dyck, Spinhoven, Van Tilburg, Dirksen, Van Asselt, ... & Arntz (2006) порівняли схема-терапію та психотерапію, основувану на перенесенні (Transference Focused Psychotherapy) у лікуванні межового розладу особистості. У дослідженні взяли участь 86 пацієнтів з 4 установ системи охорони психічного здоров'я в Нідерландах. Пацієнти проходили по два сеанси схема-терапії або психотерапії, основуваної на перенесенні, на тиждень протягом 3 років. Ефективність обох методів була доведена, тобто отримано статистично значуще збільшення за показниками повного одужання через 3 роки терапії та збільшення цього показника ще через рік. При цьому особи, що отримували схема-терапію, виявили значущо вищі показники у порівнянні з тими, хто увійшов до іншої групи. Також у групі схема-терапії був набагато нижчий відсоток тих, хто вибув з дослідження. У інших дослідженнях ефективність схема-терапії також було підтверджено.

2.10. Десенсибілізація та переробка рухом очей

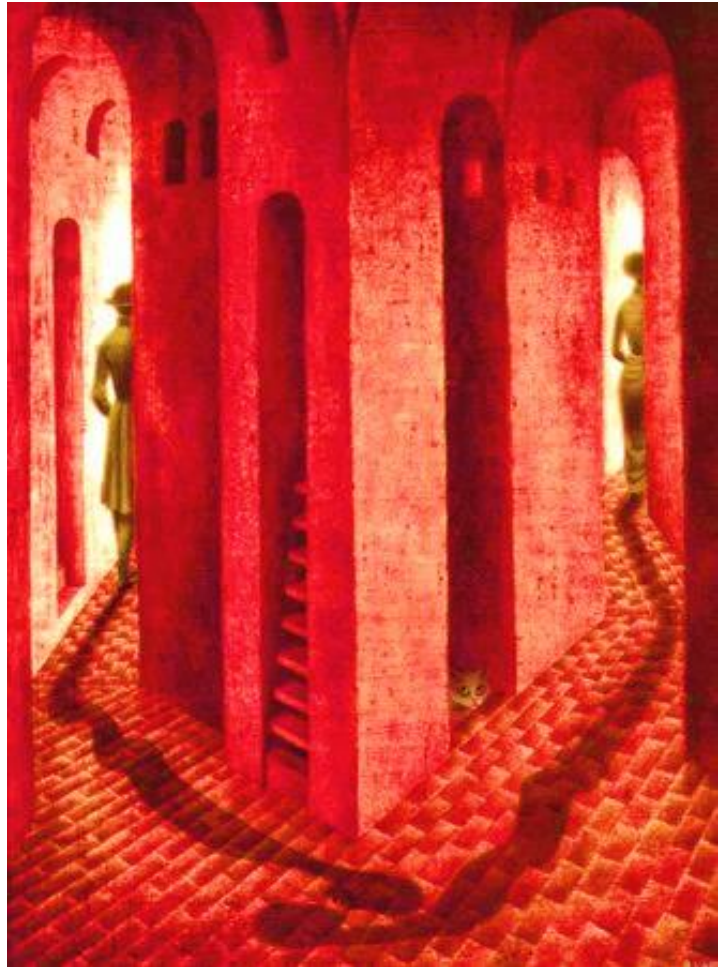
Техніка десенсибілізації та переробки травмувальних переживань за допомогою руху очей (ДПРО – Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) запропонована Ф. Шапіро (нар. у 1948 р.). Автор методу зазначає (Шапіро, 1998), що первинна назва не повністю відображає сьогоdnішні можливості методу, але вона залишилась, тому що саме з такою назвою метод став відомим широкому колу фахівців. Сьогодні метод, по-перше, перетворився з окремої техніки на комплексну методологію, по-друге, у ньому використовуються не лише рухи очей, але й інші зовнішні подразники.

Шапіро пише: “Якби мені довелося пройти мій шлях спочатку, то я б назвала цей метод просто “психотерапією шляхом переробки травматичної інформації” (Шапіро, 1998: 10).

Метод викликає певні суперечки серед фахівців. Тим не менш, відомі випадки, коли у терапії травми двадцятирічної давності поліпшення стану досягалося протягом однієї сесії. Сама Шапіро застерігає від того, щоб приписувати методу дуже високу ефективність. Однак він успішно себе зарекомендував у лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), фобій, депресії, панічних симптомів, дисоціативних розладів, а також у разі одиничних випадків травматизації.

У перші роки після створення методу ДПРО він успішно використовувався у терапії учасників військових конфліктів, яким така терапія допомогла звільнитися від обтяжливих нав'язливих думок і спогадів, кошмарних сновидінь та інших проявів ПТСР.

В основі методу лежить уявлення про існування у всіх людей адаптивної системи переробки інформації. Ця система дозволяє переробити і нейтралізувати будь-яку травмувальну інформацію, що супроводжується відповідними позитивними змінами на когнітивному, емоційному та поведінковому рівні. Механізм формування посттравматичних розладів у контексті розгляду цієї системи бачиться таким чином. Важкі психічні травми і стреси можуть блокувати її діяльність. У такому разі спогади про травму та пов'язані з ними уявлення, а також афективні, соматовегетативні і поведінкові реакції, не опрацьовуються належним чином і продовжують зберігатися у психіці та відповідному представництві центральної нервової системи у ізольованому стані.



Репродукція картини Ремедіос Варо «Прощання»

Отже, за таких умов негативна інформація ніби “заморожується” і може зберігатися тривалий час у непереробленому вигляді в силу ізоляції нейронних мереж мозку, пов'язаних з цими спогадами, від інших нейронних мереж. Психотерапевтичне наслідання при цьому не відбувається, оскільки відповідна нова інформація не зв'язується з ізольованою інформацією про травмувальну подію (Шапіро, 1998). Таким чином, негативні емоції, образи, відчуття з

минулого клієнта проникають у його сьогодення, викликаючи душевний і фізичний дискомфорт.

Прибічники застосування методу виходять з припущення, що рухи очей та інші стимули, що використовуються при ДПРО, запускають процеси, які активізують прискорену переробку травматичного досвіду – за аналогією з переробкою, що відбувається на стадії сну зі швидкими рухами очних яблук (фаза ШРО-сну). Багато дослідників вважають, що під час цієї фази несвідомий матеріал, в тому числі, і той, що пов'язаний зі стресами, “спливає” для адаптивної переробки. Нічні кошмари з пробудженнями, погана якість сну загалом спотворюють перебіг фази ШРО-сну, і дисфункційний матеріал залишається непереробленим.

Процедура проведення терапії із застосуванням ДПРО, яка полягає у активізації рухів очей, імовірно, призводить до розблокування тієї ізольованої нейронної мережі мозку, де зберігається травматичний досвід, який, в свою чергу, піддається десенсибілізації і прискореній когнітивній переробці. У результаті спогади, що породжують негативні емоції, змінюються у бік нейтралізації, а уявлення і переконання, співвідносні з цими спогадами, набувають конструктивнішого характеру.

Залежно від мети, кількість сеансів ДПРО варіює від 1-2 до 6-16. Кожен сеанс може тривати від 60 до 90 хвилин. Частота сеансів: 1-2 рази на тиждень. Стандартна процедура ДПРО включає **8 стадій** (Малкіна-Пых, 2005, Шапиро, 1998).

1. Оцінка факторів безпеки клієнта, вивчення його історії хвороби і планування психотерапії. Основний критерій відбору клієнтів для ДПРО – це їх здатність справлятися з високим рівнем занепокоєння, яке може виникати під час сеансу при переробці спогадів про травму, а іноді і між психотерапевтичними сесіями. Тому терапевт оцінює рівень емоційної стійкості клієнта, а також рівень потенційного емоційного дискомфорту, який можуть додати несприятливі життєві обставини. Часто постає необхідність спочатку надати людині психотерапевтичну підтримку у розв'язанні поточних проблем, і лише після цього переходити до роботи з минулими психічними травмами. Для забезпечення максимальної безпеки клієнта на стадії підготовки доцільно навчити його прийомам нейтралізації емоційного стресу. Цим завданням відповідають, наприклад, вправа зі створення уявного безпечного місця, техніка світлового потоку, самостійна нервово-м'язова релаксація.

Психотерапевт проводить аналіз всієї клінічної картини розладів і виокремлює специфічні цілі, що вимагають переробки. У окремих випадках клієнти можуть бути вилікувані за допомогою ДПРО при переробці конкретних, пов'язаних з травмою спогадів. Але частіше метою впливу стають не лише травмувальні події минулого, але й актуальна ситуація, яка актуалізує хворобливі симптоми. Також у психотерапії приділяється увага і роботі з майбутнім. З цією метою в уяві клієнта створюється “позитивний приклад” і закріплюються нові адаптивні форми реагування.

Можна виокремити такі **основні цілі впливу** для ДПРО:

- 1) спогади про травмувальну подію, яка нещодавно трапилася;
- 2) інші важкі нав'язливі спогади;
- 3) кошмарні сновидіння;
- 4) зовнішні або внутрішні подразники, які нагадують про травму і викликають пов'язані з нею відчуття, емоції, думки, поведінкові реакції (наприклад, звуки, схожі на постріл).

Вважається, що для кращої переробки травматичних переживань краще у якості мети почергово обирати кожен з цих чотирьох елементів.

2. Підготовка. На цій стадії встановлюються продуктивні терапевтичні стосунки з клієнтом та створюється атмосфера безпеки та довіри. Клієнта у загальних рисах ознайомлюють із сутністю ДПРО-терапії. Також на цій стадії визначається здатність клієнта виконувати рухи очей. У цьому виді терапії використовують кілька видів рухів очей. Психотерапевт на цій стадії має визначити найбільш комфортні рухи для конкретного клієнта. При цьому враховується, що біль в очах при виконанні рухів вимагає припинення процедури і подальшої консультації окуліста з приводу можливих протипоказань до навантажень на окорухові м'язи.

Далі завданням психотерапевта є викликати у клієнта рух очей від одного краю візуального поля до іншого і назад. Такі рухи виконуються з максимально можливою швидкістю, але при цьому слід уникати почуття дискомфорту. Для фокусування погляду клієнта зазвичай використовуються два пальці руки психотерапевта. Психотерапевт тримає пальці вертикально, з долонею, поверненою до клієнта, на відстані 30-35 см від його обличчя. Далі пальці починають повільно, поступово пришвидшуючись, рухатися горизонтально від правого краю візуального поля до лівого, вказуючи клієнтові напрямок рухів очей.

Таким чином підбираються оптимальна швидкість руху, відстань до пальців, висота, на якій тримається рука тощо. Якщо виявляється, що клієнту важко стежити за пальцями (наприклад, відбувається зупинка або збій рухів), клієнтові пропонують натиснути пальцями на очні яблука. Як правило, така процедура допомагає відновити контроль за рухом очей. Після цього перевіряється ефективність інших варіантів рухів очей: діагональних, кругових або у формі вісімки. Треба враховувати, що вертикальні рухи мають заспокійливу дію і корисні для зниження занепокоєння або при почутті нудоти чи запамороченні.

Стандартна серія рухів очей у ДПРО-терапії містить 24 цикли рухів очей. Під циклом розуміється рух очей в один бік і назад. За необхідності, якщо індивідуальні реакції клієнта та швидкість його переробки травматичного матеріалу того вимагають, кількість циклів у серії може бути збільшена до 36 і більше.

Для клієнтів з пошкодженням зору або тих, що відчувають дискомфорт при рухах очей, використовуються альтернативні форми стимуляції, наприклад, постукування по руках або звуки. При застосуванні постукувань

психотерапевт ритмічно і з такою ж швидкістю, як при проведенні серії рухів очей, почергово постукує по долонях клієнта, що лежать на колінах і звернені догори; при звуковій стимуляції – по черзі клацає пальцями то біля одного, то біля іншого вуха клієнта.

Терапевт навчає клієнта техніці **“Безпечне місце”**, застосування якої перед початком переробки, за потреби – під час неї та між сеансами допомагає знизити рівень занепокоєння.

Клієнтові пропонують згадати ситуацію, де він відчував себе спокійно, в цілковитій безпеці, та зосередитися на образі безпечного місця й відчутті позитивні емоції, приємні фізичні відчуття, які виникають. Психотерапевт сугестивними техніками сприяє посиленню уявних образів, почуттю комфорту і душевного спокою. На тлі занурення у приємні спогади можна підсилити позитивну реакцію клієнта, запропонувавши йому зробити 4-6 серій рухів очей.

Також психотерапевт може запропонувати клієнту назвати ключові слова, які годяться до образу безпечного місця, наприклад, дерева, озеро, запах лісу, спокій тощо), і повторювати їх про себе, поєднуючи з відповідними картинками, звуками і відчуттями. Клієнт, уявляючи безпечне місце, відчуває повну безпеку. Це відчуття психотерапевт підкріплює додатковими сугестією і серією з 4-6 циклів рухів очей.

Коли клієнт засвоїв техніку, у майбутньому за необхідності він може самостійно з її допомогою знижувати емоційну напругу.

На стадії підготовки клієнта інформують, що протягом сеансу він буде мати можливість контролювати все, що відбувається, і за необхідності – зупинити процедуру, піднявши руку або подавши інший умовний сигнал психотерапевту. Встановлення сигналу “стоп” слугує додатковим фактором безпеки клієнта.

Перші дві стадії стосуються лише першого сеансу ДПРО. Наступні сеанси психотерапевт починає з оцінки стану клієнта і аналізу досягнутих результатів, і після цього відразу переходить до третьої стадії.

3. Визначення предмета впливу. На цій стадії психотерапевт визначає основні мішені впливу. Часто першою мішенню стають реальні травмувальні події, а пізніше додаються нав’язливі думки, негативні спогади, кошмарні сновидіння і будь-які чинники, що пожвавлюють хворобливі переживання минулого. Хоча у залежності від конкретних психологічних проблем клієнта, першою мішенню даного виду терапії може стати не обов’язково травмувальна подія, а, наприклад, нав’язлива думка чи спогад.

Після визначення предмета впливу клієнтові пропонують обрати образ, який найкраще відображає найнеприємнішу частину події, що сталася. Далі виявляються ті переконання клієнта з приводу травмувальної події, які знижують його самооцінку. Терапевт просить клієнта висловити неприємні, хворобливі уявлення про себе, які у даний час відповідають інформації про психотравму. При цьому клієнт має висловлювати це негативне самоуявлення у теперішньому часі, використовуючи займенник “я”. Наприклад, клієнт може

виявити такі негативні самоуявлення: “Я погана людина”; “Я ненадійна людина”; “Я не заслуговую жити”; “Я не можу ні з чим впоратися” тощо.

Далі має відбутись визначення бажаного позитивного самоуявлення. Воно повинно бути конструктивнішим та таким, яке б хотів мати клієнт зараз, коли він згадує про травмувальну подію. Наприклад: “Я гарний такий, як я є”; “Я заслуговую поваги”; “Я можу довіряти самому собі”; “Я зробив якнайкраще з того, що міг”; “Я можу впоратися з цим” тощо. Формування позитивного самоуявлення сприяє переоцінці та когнітивному переструктуруванню травмувальних подій.

Шапиро (1998) так описує свою роботу на цьому етапі: “Потім я пропонувала кожному з суб’єктів звернутися до образів зі своєї пам’яті і до негативного самоуявлення, оцінюючи рівень їх тривожності за допомогою 11 позицій Шкали суб’єктивних одиниць занепокоєння (ШСОЗ), у якій 0 являє собою нейтральну ступінь тривожності, а 10 відповідає вищій можливій мірі тривожності ... При цьому я пропонувала суб’єктам вербалізувати ті позитивні думки або переконання, які вони хотіли б мати відносно самих себе (наприклад, такі, як “Я путня людина”, “Я контролюю себе” або “Я роблю найкраще з того, що міг би зробити”). Потім я пропонувала суб’єктам оцінити, наскільки щирими сприймалися ними ці позитивні якості, використовуючи для оцінки семибальну шкалу семантичного диференціалу – Шкалу відповідності уявлень (ШВУ), де 1 бал відповідав “повній невідповідності”, а 7 балів – “повній відповідності”. При цьому я попереджала суб’єктів, щоб вони використовували у якості основи для оцінки свої інтуїтивні відчуття, а не інтелектуальний аналіз. Техніка ДРО застосовувалася у терапевтичній групі від 15 до 90 хвилин”.

На останньому етапі цієї стадії клієнт визначає негативні емоції, які у нього викликає картина травмувальної події та повторення слів, відповідних негативному уявленню. Коли ці емоції визначені та названі, психотерапевт пропонує клієнту оцінити рівень занепокоєння, завданого спогадами, за шкалою суб’єктивного занепокоєння (ШСЗ), де 0 – стан повного спокою, а 10 – максимальне занепокоєння. Також визначаються локалізація та інтенсивність дискомфортних тілесних відчуттів, супутніх зануренню клієнта у травмувальний спогад. На наступних стадіях зміна відчуттів у тілі використовується як важливий індикатор переробки травматичного досвіду.

4. Десенсибілізація. На даній стадії терапевт у центр уваги ставить зниження тих негативних емоцій клієнта, які він переживає при згадці про травму, до 0 або 1 бала за ШСЗ. Клієнтові пропонують згадати картину події. Після цього психотерапевт просить його стежити очима за рухами пальців і одночасно утримувати образ, що відображає найнеприємнішу частину спогадів, вимовляючи про себе негативне самоуявлення (наприклад, “Я погана людина”) і відзначаючи відчуття, які виникають у тілі. Трапляється, що клієнт відчуває труднощі з візуалізацією травмувальної події. В такому разі йому пропонується просто думати про неї у процесі виконання рухів очей.

Після кожної серії клієнту кажуть: “А тепер відпочивайте. Зробіть вдих і видих. Нехай все йде, як іде (забудьте про це)”. Потім його запитують: “Що відбувається зараз?” Або: “Що ви відчуваєте в тілі? Що спадає на думку?” Повідомлення клієнта про зміни зорових образів, звуків, думок, емоцій і тілесних відчуттів є дуже важливими, оскільки вони слугують індикатором процесу переробки.

Психотерапевт час від часу задає клієнту питання: “На скільки балів ШСЗ ви оцінюєте свій стан зараз?” Він орієнтується на необхідність зниження рівня занепокоєння до 0 чи 1 бала.

Зазвичай у процесі роботи відбувається зниження негативних переживань, однак нерідко спостерігається й короточасне посилення негативних емоцій і відчуттів або навіть відреагування, під час якого клієнт ніби заново переживає ситуацію психотравми. Під час відреагування до нього повертаються думки, емоції і відчуття, які він переживав у самій психотравмувальній ситуації. У ДПРО не відбувається повного занурення в спогад, як це робиться у гіпнозі. Клієнт зберігає подвійне фокусування: на усвідомленні минулого і водночас – на почутті безпеки в сьогоденні. Коли психотерапевт помічає початок відреагування у клієнта, він збільшує кількість безперервних рухів очей до 36 циклів і більше, прагнучи завершити його в ході однієї серії. Найчастіше відреагування вдається завершити у процесі однієї серії. Цьому сприяє той факт, що в ході сеансу ДПРО відреагування відбувається в 4-5 разів швидше, ніж у трансі, і клієнт при цьому переходить від одного ключового моменту події до іншого. Після завершення відреагування робота продовжується в звичайному режимі.

Ще один можливий варіант реагування на процедуру проведення ДПРО спостерігається у випадку, коли після двох поспіль серій рухів очей клієнт не зазначає ніяких змін ні у своєму емоційному стані, ні в образах, думках чи відчуттях. У такому разі необхідно насамперед змінити напрямки рухів очей. Відсутність змін і після спроб використання двох або трьох різних напрямків рухів очей свідчить про заблоковану переробку і потребу у застосуванні додаткових стратегій.

Під час пригадування травмувального епізоду у клієнта інколи можуть виникати нові негативні ідеї і уявлення. У такому разі перед початком чергової серії терапевт пропонує йому зосередитися на цих негативних думках та пов'язаних з ними тілесних відчуттях, після чого повторюються серії рухів очей аж до нейтралізації негативних переживань. Висловлювання клієнтом адаптивніших суджень про минулий епізод, який опрацьовується, мають бути закріплені. Під час наступних серій терапевт пропонує клієнту зосередитися на позитивних думках, а потім знову звернутися до спогаду про травму, негативне самоуявлення, дискомфортні відчуття і емоції тощо.

У ході опрацювання травматичного матеріалу на тлі чергової серії рухів очей у свідомості клієнта можуть спливати додаткові спогади, пов'язані з психічною травмою. Такі спогади поміщаються у центр уваги при проведенні

наступної серії. Якщо одночасно виникають кілька спогадів, клієнтові пропонують зосередитися на тому з них, що турбує його найбільше.

Тобто кожен зі спогадів, які приходять, стає об'єктом впливу під час чергової серії рухів очей. Коли ланцюг додаткових асоціацій виснажується, терапевт просить клієнта повернутися до початкової мети для виконання додаткових серій рухів очей. Якщо при зверненні до травмувальної події (тобто початкової мети сеансу) в ході виконання 2-3 серій рухів очей інші спогади, переживання чи думки не з'являються, а рівень занепокоєння клієнта не перевищує 1 бала (найкращий варіант – 0 балів) за ШСЗ, терапевт переходить до наступної стадії.

Якщо додатковий спогад, що спливає у свідомості, дуже турбує клієнта і є дискомфортним, його можна обрати як нову мету для наступного сеансу ДПРО, тобто після завершення переробки попереднього спогаду, пов'язаного з травмою.

5. Інсталяція. Метою наступної стадії є пов'язання бажаного позитивного самоуявлення з обраною у якості мети інформацією, пов'язаною з травмою і такою, що веде до підвищення самооцінки клієнта.

Для цього терапевт після проведення десенсибілізації просить клієнта заново оцінити початкове позитивне уявлення про себе з точки зору його привабливості. Терапевт може сказати, наприклад, наступне: “Чи залишаються доречними слова (*повторюється позитивне самоуявлення*), або чи відчуваєте ви, що більш відповідним зараз є інше позитивне висловлювання?” На цьому етапі клієнт може уточнити або навіть повністю змінити значущі для нього уявлення. Далі клієнтові пропонують подумати про первісну травмувальну подію і про ці слова, а потім відповісти на питання: “Наскільки істинними (відповідними) вам здаються зараз ці слова, від 1 – повністю не відповідають, до 7 – повністю відповідають (істинні)?”. Після цього клієнтові пропонується звернути увагу одночасно на картину події (думати про неї) і на позитивне уявлення. Далі проводиться серія (серії) рухів очей, після якої психотерапевт запитує: “А тепер – наскільки щирими, в балах від 1 до 7, здаються вам ці слова, якщо ви думаєте про травмувальну подію?”. Психотерапевт проводить стільки серій рухів очей, скільки необхідно для посилення позитивного самоуявлення до 7 балів.

Якщо рівень відповідності позитивного уявлення не перевищує 4-5 балів (що трапляється через неповну переробку інших спогадів і негативних переконань, асоціативно пов'язаних з обраною у якості мети травмувальною подією), роботу з додатковими спогадами переносять на іншу сесію, а процедуру ДПРО ведуть до стадії завершення, оминаючи стадію сканування.

6. Сканування тіла. На цій стадії працюють у напрямку усунення можливої залишкової напруги або дискомфортних відчуттів у тілі. Стадія сканування може бути розпочата, якщо на стадії інсталяції позитивне уявлення досягає 7 балів (мінімум 6) за ШВУ.

Психотерапевт пропонує клієнту закрити очі і, утримуючи у свідомості початковий спогад і позитивне самоуявлення, подумки пройти по різних

частинах свого тіла, починаючи з голови і поступово опускаючись вниз. При цьому клієнта просять повідомляти вголос про всі місця, у яких він виявить якесь напруження, скутість або інші неприємні відчуття. Якщо такі відчуття відсутні, проводиться серія рухів очей. При виникненні дискомфортних відчуттів виконується додаткова серія рухів очей. Якщо клієнт повідомляє про неприємні відчуття чи м'язову напругу, їх також переробляють за допомогою серій рухів очей, поки дискомфорт не знизиться. Буває, що тілесна напруга, яка виявилася при скануванні тіла, може спричинити новий ланцюг негативних асоціацій, для переробки яких потрібен час.

7. Завершення. Основною метою цієї стадії є повернення клієнта в стан емоційної рівноваги наприкінці кожного сеансу, незалежно від того, чи повністю завершена переробка дисфункційного матеріалу, чи ні. Якщо при завершенні психотерапевтичного сеансу клієнт виявляє ознаки занепокоєння чи продовжує відреагування, психотерапевт застосовує керовану візуалізацію, наприклад, техніку “Безпечне місце”, або гіпноз (якщо володіє ним), щоб повернути клієнта у більш комфортний стан.

У тому випадку, коли травматичний матеріал перероблений не повністю, існує велика ймовірність продовження його переробки після завершення сеансу. Клієнт може відчувати тривогу і має бути попереджений терапевтом про таку можливість. Терапевт може запропонувати клієнтові запам'ятати спогади, сновидіння, думки і ситуації, які викликали тривогу між сеансами. Вони можуть стати новими цілями впливу на наступних сеансах ДПРО-терапії.

8. Переоцінка. Перед початком кожного нового сеансу ДПРО проводиться переоцінка. Вона полягає у тому, що психотерапевт повертає клієнта до раніше перероблених цілей і оцінює реакцію клієнта на них для визначення того, чи зберігається досягнутий ефект терапії. При цьому новий дисфункційний матеріал додається для переробки тільки після того, як відбудеться повна інтеграція психічних травм, які були опрацьовані до цього.

2.11. Діаналіз

Діаналіз створений російським психотерапевтом В. Ю. Зав'яловим (нар. у 1948 р.). З 2004 року підхід прийнятий як модальність у Професійній психотерапевтичній лізі, що входить до Європейської Асоціації Психотерапії. У 2013 році автору цього методу у Лондоні вручили одну з престижних європейських нагород у галузі науки, технологій, освіти “The Name in Science”.

Діаналіз – це метод психотерапії та консультування, центральною частиною якого є аналіз існуючих суперечностей у дії людського розуму. Без творення протилежностей (таких, наприклад, як “істинне-хибне”), розум не може виявляти свою активність, тому акцент – саме на них. Діаналіз як система понять та концепцій побудований на основі “абсолютної діалектики” О. Ф. Лосєва (Зав'ялов, 2022). Головний сенс у назві “діаналіз” передає термін

“аналіз”, тобто це аналітичний метод допомоги. Додане на початку слова “ді” означає опору на діалектику, яка застосовується для розуміння двоїстої природи особистості.

Про серцевину методу сам автор пише так: “Головною темою діаналізу, відправною точкою аналізу будь-якої теми, є помилка, яка є причиною “проблеми”, а проблема є причиною розладів, які пред’являє клієнт. Завдання діаналізу – розібратися в типі розладу, виявити проблему, що лежить за ним, а за проблемою виявити її сутність – помилку (помилковий умовивід, помилкову аргументацію, неадекватну систему



Репродукція картини Ремедіос Варо «Світ»

переконання тощо). Помилка розуміється як віддалення від істини. Чим далі людина відхиляється від істини, тим більше “важке запитання життя” виникає перед нею. Коли відхилення досягає певної критичної точки, людина не в змозі сама, без сторонньої допомоги, без іншої людини вирішити це “питання”. Діаналіз допомагає розпізнати помилки, виявити основні протиріччя і конфліктуючі мотиви, “антиномії”, “розколи свідомості” і знайти шляхи примирення і об’єднання протиріч. У цій своїй головній спрямованості діаналіз, як і багато інших методів психотерапії та консультування, є “лікуванням правдою”, світським варіантом філософсько-релігійного пошуку істини”.

Коротко методологію діаналізу автор формулює у стилі О. Ф. Лосева: “Вдивляючись у Ейдос, осягай Логос”, тобто вдивляючись у особистість людини, яка за своєю суттю є таїна, психотерапевт може реконструювати будь-які концепції, що пояснюють поведінку та її мотиви – для того, щоб осягнути глибинну логіку життя особистості (Логос). А основною метою діаналітика є допомога людині в усвідомленні своїх справжніх цілей та формулюванні розв’язуваних завдань розвитку власної особистості у світі, що змінюється.

Автор діаналізу відносить створений ним підхід до інтегративних психотерапевтичних підходів. Він зазначає, що у психотерапії є різні способи інтеграції та псевдоінтеграції. До псевдоінтеграції Зав’ялов відносить такі форми об’єднання різних підходів, як юкстапозиція, комбінація та еклектика. Термін “юкстапозиція” взято з медицини: погане зіставлення частин зламаних кісток називається юкстапозицією кісток. У психотерапії ж це – накладення

одного методу на інший без будь-якого внутрішнього зв'язку між методами, наприклад, поєднання суфійських практик з психодинамічною психотерапією без їх синтезу. До прикладів комбінації методів автор діаналізу відносить вибір певного методу у якості основного та застосування інших у якості допоміжних, скажімо, застосування у психоаналізі гіпнозу. Еклектика ж може бути як конструктивною, так і являти собою бездумний набір методів з різних підходів.

Власне інтеграція може відбуватися по-різному. Серед основних модусів інтеграції на основі робіт різних авторів виокремлено 4 їх варіанти: 1) технічний еклектизм (The technical eclecticism); 2) загальний (спільний) фактор (The common-factor approach); 3) теоретична інтеграція (The theoretical integration); 4) асимілятивна інтеграція (The assimilative integration). При цьому діаналіз бачиться як модальність, що організаційно вбудована у інтегративну психотерапію (напрямок), полімодальну психотерапію (підхід), таку, що здатна на основі теоретичної інтеграції об'єднувати різні психотерапевтичні методи.

У цьому психотерапевтичному підході постулюється відмова від пошуку теорії особистості: вивчається не особистість, оскільки у такому разі особистість стала б об'єктом дослідження, а зміст переживань – думок, спогадів, фантазій тощо. Набагато важливішою, з точки зору автора діаналізу, є розробка теорії допомоги. Для неї є значущими такі ідеї. Соціальність людини є результатом розвитку допомоги та взаємодопомоги. Соціально розвинена, благополучна людина отримує допомогу та надає її тим, хто її потребує. Важливими для розробки теорії допомоги є результати досліджень М. Селігмана та виявленого ним феномену “вивченої безпорадності”: істота стає безпорадною, якщо протягом тривалого часу переживає ситуації, розвиток яких ніяк не залежить від її дій. Розлади, з якими стикається у своїй роботі психотерапевт, містять ті чи інші аспекти вивченої безпорадності: людина пробувала розв'язувати проблему самоуправління, самоорганізації власної поведінки чи конфлікту у бажаному напрямку, але проблема залишилася нерозв'язаною, відтак людина “здалась”. Отже, допомога таким людям має полягати у відновленні керування. Головним завданням у такому відновленні є посилення особистісного начала того, хто має керувати – клієнта. Це посилення відбувається через розкриття та розширення смислу власної діяльності через розуміння символів, у яких виявляється особистість клієнта. Символами є все, у чому себе виявляє особистість під час терапії чи консультування: поведінка, скарги, симптоми, сновидіння, образи, метафори, жести, пози тощо. У діаналізі використовується теоретична конструкція з трьох вчень: про особистість (персоналізм), про реальність (онтологія) та про символ (символологія, або “абсолютна діалектика” Лосева).

Допомога, яку надає клієнту психотерапевт, має бути адекватною за обсягом сформульованої задачі, соціально-культурного досвіду клієнта, а також здатності до засвоєння нового матеріалу клієнтом та спорідненості з його етичною спрямованістю. І надлишок, і недостатність допомоги закріплюють тенденції до “вивченої безпорадності”: надлишок підтверджує

клієнтові його нездатність справлятися з проблемами, а недостатність “ситуативно” демонструє йому власну безпорадність і відсутність інтересу та підтримки іншої людини (у даному разі – психотерапевта).

У діаналізі так розуміється проблематика психологічної допомоги. Радикально змінити людину неможливо, і це не є потрібним. Особистість, за визначенням Лосева, це “синтез суб’єкта та об’єкта”. “Суб’єкт” це абсолютна, невразлива та незмінна сутність. Отже, з нею не потрібно “працювати”. “Працювати” можна лише з “об’єктами” (думками, символами тощо). Діаналітик ставить своїм завданням реорганізацію змісту психіки клієнта та полегшення процесів, що ведуть до необхідних змін.

Симптом у діаналізі розуміється як символ неповного синтезу протилежностей, які складають основу розв’язуваної суперечності; як становлення особистісного смислу у людській поведінці та як саморозкриття персонального міфу клієнта.

Користуючись лосєвськими принципами діалектичного аналізу, Зав’ялов виокремлює п’ять глобальних проблем, які розв’язуються психотерапією:

1. Ототожнення з проблемною роллю (“комплекс”).
2. Недостатність тотожності (“втрата сенсу”, “порушення ідентичності”).
3. Психічна ригідність, фіксація на одному (“зацикленість”).
4. Нестійкість, дефіцит стабільності (“метушливість”, “надгнучкість”).
5. Втрата почуття суб’єктивності “Я” (“автоматизми поведінки”, “втрата Я”).

Ці глобальні проблеми розв’язувалися в основних напрямках світової психотерапії відповідними методами:

1. Розототожнення (Ассаджіолі).
2. Інсайт, пізнання, ідентичність (Фрейд, Дюбуа, Бек).
3. Пластичність, мінливість (С. Гроф, М. Еріксон).
4. Стабілізація, заспокоєння (аутотренінг Шульца, медитація).
5. Суб’єктизація, індивідуація (Франкл, Юнг).

У діаналізі здійснено спробу інтегрувати ці та інші модальності психотерапії за допомогою синтетичної філософії Лосева, яку у світовій літературі відносять до феноменології. Як і в феноменологічній психотерапії, метою діяльності психотерапевта визнається допомога у пошуку та розширенні сенсу клієнтом. На відміну від європейської школи феноменологів, у діаналізі поняття “сенси” трактується по-лосєвськи.

З виявленого особистісного сенсу симптому виводиться “терапевтична ідея”, тобто ідея покращення життя клієнта, яка трактується автором як виявлений у результаті діалогічного пізнання повний сенс особистісного (особистість) життя людини (реальність), який висловив себе в “персональному міфі” (символ). Психотерапевтові необхідно знайти такий символ, в якому максимально повно, хоча й стисло, виражається реальна особистість.

Формула діаналізу – примирення неминучих суперечностей у житті особистості. Відповідно сутність діаналітичного консультування та психотерапії – знаходження ідеї, що примирює суперечність.

Діаналіз як методологія включає у себе:

- Аксіоми: допомоги, проблеми, особистості, реальності, символу.
- Базові концепції.
- Декалог – 10 принципів допомоги.
- Пентаду – універсальний інструмент розмірковування над проблемою за правилами абсолютної діалектики Лосева.
- Форми допомоги: інтерв'ю, дискусію, діасинтез, реорганізацію, ампліфікацію.

Ролі терапевта та клієнта у діаналізі. Діаналітик у процесі надання допомоги користується не готовими знаннями, а добуває їх разом зі своїм клієнтом (вивідне знання). Діаналітик – організатор інтелектуальної роботи над розумінням проблеми. Клієнт діаналітика – експерт у власному житті.

Базові концепції діаналізу: концепція здоров'я і концепція хвороби.

Концепція здоров'я: здоров'я – це нестійкий баланс наявних протилежних тенденцій.

Концепція хвороби: хвороба – це стійкий дисбаланс протилежних тенденцій.

Аксіоми відображають основні світоглядні позиції діаналітика. Вони є такими:

- **Аксіома допомоги:** у центр уваги слід ставити теорію допомоги, а не теорію особистості. Дієва допомога важливіша, ніж створення теорії особистості.
- **Аксіома проблеми:** проблема – це спроба розв'язання неминучих суперечностей у житті людини; проблему можна лише зрозуміти, але не розв'язати – розв'язується задача, умови якої визначаються при ідентифікації проблеми.
- **Аксіома особистості:** особистість – носій проблеми (але не її джерело!). Сама особистість не „продукує” проблем.
- **Аксіома реальності:** реальність – джерело проблем. Тільки у самій реальності існує протистояння різних інтересів, сил, тенденцій тощо. Людина – теж частина цієї реальності, вона входить у численні протистояння групи, її інтереси часто суперечать інтересам інших. Тому вона й стає носієм проблеми.
- **Аксіома символу:** символ – виразник проблеми. Проблема може бути представлена у особистості лише в якомусь символічному вигляді – словесному, тілесно-виразному, опосередкованому тощо.

Основний психотехнічний прийом у діаналізі – синтез. Йдеться про синтез протилежностей, виявлення яких допомагає ідентифікувати сутність життєвих труднощів клієнта. Автор методу пропонує **5 форм (узагальнених психотерапевтичних стратегій) допомоги**. Розмірковування проблеми і розв'язання задачі відбувається за рахунок знаходження тимчасового,

локального синтезу протилежностей, які складають суперечність, що є логічною основою проблеми.

У 1-й формі допомоги – *інтерв'ю* – синтез протилежностей досягається на основі здорового глузду; у 2-й формі – *дискусії* – на основі загального поняття; у 3-й формі – *діаналітичній іммагінації* – на основі спільного образу; у 4-й формі – *реорганізації* – на основі спільної організації; у 5-й – *ампліфікації* – на основі єдиного сюжету.

Психологічне консультування, психотерапія, коучінг – це синтетичне ув'язування існуючих традицій допомоги людини людині. Автор діаналізу виокремлює 5 таких традицій: сократичний діалог, арете-терапія, реалізм міжособистісного спілкування, принципова несерйозність, здоровий глузд.

- **Сократичний діалог.** Одне з розумінь діалектики – це мистецтво вести бесіду, „розумна розмова людини з людиною”, а також практика самопізнання через строгу систему понять та розмірковувань. Сократичний діалог є методологічною основою другої форми допомоги у діаналізі – дискусії. Фахівець із психологічної допомоги, який не вміє мислити нелінійно, парадоксально, навряд чи зможе якісно допомагати клієнту долати „тупикові”, „безвихідні” ситуації (саме так сприймають клієнти життєві труднощі, з приводу яких звертаються за психологічною допомогою). У традиції сократичного діалогу головний результат – не готові істини, теорії, концепції, а вивідне знання. Знання „виводяться” із самого клієнта, а не пропонуються у якості готових керівництв до дії.

- **Арете – терапія.** Традиція веде історію свого існування з часів давньогрецьких філософів та софістів. У центрі уваги стоїть доблесть, доброчинність, зібраність духу (як у бойових мистецтвах). Результат арете-терапії – посилення духу, етичного та особистісного начала у людині. А. І. Яроцький (російський психотерапевт початку минулого століття) саме ідеалізм (смысл, а не слово) вважав лікувальним фактором. Головною метою роботи діаналітика визнається посилення особистості.

- **Реалізм.** Це традиція точного розрізнення речі та імені речі, факту та смислу. Психотерапевт (консультант, коуч) не повинен ставати співучасником викривлень сприйняття світу клієнтом. Необхідно допомагати людині зосереджуватись на реальних об'єктах, не підтримувати „паратаксиси” (Стак Саллівен) – спрямованість на нереальні об'єкти, наприклад, звернення до померлої людини. Реалізм – один із постулатів допомоги у діаналізі.

- **Принципова несерйозність.** Йдеться про традицію сприймання усього, що відбувається, як вільної гри культурного смислу та сил природи. Гра та сміхова культура є проявами свободи, і, таким чином, слугують головному завданню психологічної допомоги – посиленню особистості. Адже сутність особистості – це абсолютна свобода. Тому „несерйозний” формат допомоги як умова вияву свободи є суттєвою ознакою високого її рівня.

- **Здоровий глузд.** За Г. С. Сковородою, здоровий глузд – це своєрідний посередник між вірою та знанням або їх синтез. Психологічна допомога не може ґрунтуватись лише на вірі чи лише на знанні. Саме

відповідність чи невідповідність здоровому глузду є для людини критерієм вірного чи невірного рішення (а не відповідність навіть перевіреним теоріям чи власній вірі, не підкріпленій знанням). Одне з авторських визначень діаналізу – **методологія здорового глузду**. У виділених О. Ф. Лосєвим способах філософствування, розмислювання здоровий глузд є першим, своєрідною першоосновою мислення: тільки на цій основі виникають наукове, містичне, діалектичне та міфологічне мислення.

У інтегративній системі діаналітичної психотерапії знаходимо повноцінне опрацювання критеріїв завершеності психотерапії. В. Ю. Зав'ялов запропонував декалог принципів завершеності терапії.

1. *Діада*: створення терапевтичних стосунків між терапевтом та клієнтом.

2. *Діагнозис*: пізнання життєвої ситуації клієнта удвох, “об’єднаною свідомістю”, створення терапевтичної ідеї.

3. *Діалог*: терапевтичний засіб персоналізації рятівної ідеї.

4. *Дилема*: терапевтична процедура створення ситуації вибору, у якій особистість клієнта проходить своєрідне хрещення, дорослішає.

5. *Динаміка*: терапевтична динаміка, реалізація ідеї, плану одужання.

6. *Діалектика*: терапевтична логіка, скріплення плинного буття у цілісну смислову картину необхідних перетворень, сюжету одужання.

7. *Диверсифікація*: терапевтичне перенесення позитивного досвіду, отриманого у кабінеті психотерапевта (консультанта) у інші сфери особистісного буття клієнта.

8. *Дивергенція*: терапевтичне розширення зв’язків з іншими людьми.

9. *Дієтетика*: терапевтичне споживання, здорова, раціональна споживча поведінка людини як особистості.

10. *Діатриба*: терапевтичне виправдання та захист здорового способу життя.

В. Ю. Зав’ялов використав логічні засоби для оптимізації психотерапевтичного процесу. Головним професійним інструментом психотерапевта, на думку автора, є здатність до організації результатів об’єданого мислення психотерапевта та клієнта. Як метатеоретичний засіб такої організації пропонується пентада абсолютної діалектики О. Ф. Лосєва.

Психотерапевту необхідно мислити одночасно у різних “іпостасях” думки: і реалістично, і науково, і художньо, і діалектично, і міфологічно. Мислити у психотерапії – це не “обробляти інформацію”, а обробляти саму думку. Вона ж має відповідати певним правилам організації. У пентадній діалектиці О. Ф. Лосєва такі правила є.

Спрощено їх можна описати так (Щербина, 2012). Для того, щоб предмет думки постав у мисленні людини повно, сутнісно, реалістично, треба піддати його п’ятиступеневій “огранці”. Фіксуючи феномен пентадного мислення у психологічних термінах та у контексті психотерапевтичної ситуації, *перше*, що необхідно відзначити, – це фіксація уваги на певному предметі думки, як на “одному”, без попереднього аналізу, порівняння, інтерпретації, опису

властивостей, призначення тощо. У психотерапевтичній роботі це означає із потоку скарг, припущень, передчасних висновків, питань тощо виокремити ще не сформульовану проблему.

Друге – у центр уваги потрібно поставити головну суперечність, яка лежить в основі проблеми. Перші два моменти пентади складають протилежності, які, у свою чергу, є основою згаданої суперечності.

Третє – необхідно “примирити” непримиренні протилежності. “Примирити” означає знайти контекст, у якому виокремлені протилежності синтезуються, “боротьба” знімається. Цей синтез може бути лише локальним, тимчасовим.

Четверте – знайдений на рівні смислу синтез повинен втілитися у щось фактичне, зрозуміле для клієнта, те, що він буде використовувати. Це може бути певна ідея, на основі якої й будуватиметься корисна “життєва теорія”.

П’яте – втілене, фактичне, стає треба відділити від лише мислимого, уявного, того, що не стає, але перебуває у вигляді мрії, потенціалу.

Організація думки за пентадним принципом дозволяє мислити самостійно, уникаючи при цьому інтелектуальної інгібіції та викривлень мислення. У психотерапевта з’являється великий простір пошуку різноманітних варіантів рішень, у той же час зберігаються усі переваги дисциплінованого мислення.

Є 2 способи мислення: 1) повторення сказаного кимось і 2) самостійне мислення (без повторення заготовок і стереотипів).

Щоб мислити, потрібно відмовитися від гордині, прийти до інтелектуального смирення: ми не створюємо думки – думки приходять, і треба дати сутності проявитися в думках. Людина лише створює умови для цього.

Умови продуктивного самостійного мислення:

- 1) Відкритість, довіра розуму.
- 2) Відсутність обожнювання розуму: інтелектуальна смиренність, відмова від гордині.
- 3) Наявність інструменту утримання думки і очищення її від інтерпретацій, що не відповідають даній реальності і даній ситуації.
- 4) Вміле використання цього інструменту.
- 5) Постійна перевірка результатів мислення реальністю.

Пентада – це інструмент перевірки і самоперевірки творчого мислення.

В. Ю. Зав’ялов зазначає часті порушення мислення, які можуть відбиватися на процесі та результатах психотерапії – **викривлення мислення** (логічні вивихи): “дебілізація”, “кретинізація”, “шизоїдизація”.

1) “Дебілізація” – *прилипання до конкретних ситуацій*. У такому типі викривлення сутність “закаламутнюється” явищем. Для олігофренії у ступені дебільності провідним є конкретно-ситуаційний рівень мислення. Абстрагування утруднене. Але значна частина людей вважає за краще мислити на цьому рівні не тому, що їм недоступне абстрагування, а тому що “так легше”, “не хочеться напружуватися”. Аргументи на такому варіанті мислення

можуть бути приблизно такими: “Я бачив це”, “Я сам чув це”. При цьому не виокремлюються суттєві ознаки спостережуваного об’єкта. Істотна ознака посуду – використання його для приготування і споживання їжі, а не те, що він стоїть на столі. Сутність посуду не зміниться, якщо він стоїть на дивані або на підлозі. “Дебілізація” ж може привести до такого висновку: “Посуд – це предмети, які стоять на кухонному столі”. На питання, чому людина так думає, вона може відповісти: “Тому що я завжди бачу посуд на столі”. Явище “закаламутнює” сутність.

2) “Кретинізація” – вкорочення думки. У цьому типі порушення відбувається позбавлення від протилежностей, від суперечливості. Щоб спростити процес мислення, жертвують повнотою. Будь-яке описання реальності повне тоді, коли воно суперечливе. Несуперечливе описання вкорочує думку. Приклад “кретинізації”: некритична прихильність до якоїсь концепції, без бачення протилежних концепцій.

3) “Шизоїдизація” – розрив речі та імені. У цьому типі порушення символ, слово перестає бути “ареною зустрічі того, що пізнає, і того, що пізнається”, оскільки відривається Ім’я речі від самої Речі. У такому разі безпосередньо в символі (наприклад, слові) шукається сенс. Це не приводить до пізнання того, що цим символом позначено. Наприклад, робляться висновки про якість та зміст діяльності організації тільки з її назви. Прикладом також може бути іменування стратегії “примус до миру”, коли по суті йдеться про військові дії. Розриваючи Річ та Ім’я, можна свідомо маніпулювати свідомістю, поведінкою людей. Для протистояння маніпуляціям потрібно не допускати цього розриву.

Діалектичні категорії допомагають наближатися до розуміння сутності клієнтської проблеми, розрізняти істотні смислові моменти: факт: „що відбулось (відбувається)?”; смисл: „що це для мене означає?”; явище: „як (у якому вигляді, символі тощо) мені це явилось?”; сутність: „що є по суті те, що мені явилось?”; об’єкт: „що є головним об’єктом ситуації, який займає думки і почуття суб’єкта?”; суб’єкт: „ким є „головна дійова особа”, якщо дивитись на неї як на джерело сили, волі, змін тощо?”.

У діаналізі запропоновано 5 форм психотерапевтичної допомоги. Ці форми є логічно сконструйованими на основі принципів абсолютної діалектики О. Ф. Лосева. Кожна з них являє собою узагальнену психотерапевтичну стратегію, яка базується на одному з 5 типів мислення та організації свідомості, що виробилися у культурно-історичному розвитку, а саме: наївно-натуралістичний тип (здоровий глузд); феноменологічний (описовий, науковий); трансцедентальний (містичний); діалектичний (прагматичний); аритмологічний (художньо-міфологічний та “цифровий”).

Наївно-натуралістичному типу мислення у діаналізі відповідає узагальнена психотерапевтична стратегія “Інтерв’ю: терапія очевидністю”; феноменологічному типу відповідає “Дискусія: терапія визначеністю”; трансцедентальному – “Діасинтез: терапія безперервністю”; діалектичному –

“Реорганізація: терапія упорядкування”; аритмологічному – “Ампліфікація: терапія творчим розширенням”.

У реальній практиці психотерапії використовуються різні форми допомоги. Вибір тієї чи іншої стратегії обумовлюється епістемологічним стилем клієнта, особистісною та ситуативною специфікою психотерапевтичної взаємодії.

Інтерв'ю: терапія очевидністю. *Інтерв'ю* має зробити для клієнта очевидними ті моменти у собі самому, які він самотійно побачити з різних причин не здатен. Насамперед, клієнт має усвідомити, що в основі будь-якої поведінки і будь-яких труднощів лежить його власне бажання. Діаналітичне інтерв'ю має за мету якомога швидше допомогти людині ясно зрозуміти, що вона сама є автором своїх вчинків, думок, помилок та плутанини. Інструментом доступу до патологічного вогнища клієнта є запитання. Бажано, щоб запитань було якомога менше і вони були влучними. Головне завдання запитання – провести межу між очевидним та лише мислимим, а відтак, – неочевидним, відділити одне від іншого у свідомості клієнта.

Форма інтерв'ю має свої фази. Нижче ми наводимо короткий опис цих фаз, які В. Ю. Зав'ялов подає як перелік послідовних запитань, який відповідає пентадному принципу.

Перше запитання. Це звернення до „Я-позиції” клієнта. Воно може бути приблизно таким: „Що з Вами відбувається?” Це фаза центрації клієнта.

Друге запитання. Фаза децентрації (термін „децентрація” ввів Жан Піаже). Це питання може формулюватися з більшою чи меншою мірою специфічності, конкретності або деталізації. Головне у ньому – погляд на той же об'єкт не з „центру” клієнта, а з “периферії”, з іншої точки зору. Піаже вважав, що центрація є причиною перцептивних викривлень. Справді, основний процес, який проявляється у скарзі-симптомі, – це явне перебільшення, викривлення реальності за рахунок перцептивного звуження „периферії”. Небезпечний предмет розглядається з психологічним „перебільшенням”. Друге запитання інтерв'ю відволікає увагу клієнта на „периферію”, проводить необхідну „децентрацію”.

Третє запитання. Воно має здійснити синтез центрованої (уразливої) позиції та периферійної (невразливої) позиції, виявити деяку здібність людини, у якій перебувають смисл симптому і смисл бажаного стану.

Четверте запитання. Його мета – розкрити фактичність, уречевлення ідеї, можливий шлях реалізації образу, ідеї порятунку, терапевтичної ідеї.

П'яте запитання. Воно має допомогти відкрити деякий загальний принцип, який зв'язує усі знайдені смисли у єдине ціле, здатне породити найрізноманітніші можливі варіанти потенційного розвитку життя клієнта. Воно прояснює цілісний („міфічний”) смисл симптому.

Дискусія: терапія визначеністю. Друга базова форма діаналізу – змістовна терапевтична дискусія з клієнтом, метою якої є отримання таких нових для клієнта знань, яких йому не вистачало для прийняття розумних, вигідних для нього рішень. Дискусія зцілює людину, зменшуючи

невизначеність. Повна визначеність, передбачуваність, повторюваність досвіду заспокоюють, і, навпаки, невизначеність – найглибше, найпотужніше джерело тривоги людини.

Дискусія у діаналізі – це не спосіб переконання, хоча деякою мірою останнє має місце у терапевтичній дискусії. У першу чергу, дискусія є способом дізнатись про необхідне і піддати сумніву непотрібні знання. Проблема клієнта у діаналітичній дискусії іноді може формулюватись (зазначимо, що формулює її клієнт з допомогою психотерапевта) як перебільшення ролі деякого знання. Клієнт може мати забагато непотрібного, зайвого, і це у деяких випадках блокує його свободу вибору, роботу волі. Одна з цілей дискусії якраз і полягає у звільненні клієнта від такого непотрібного знання.

Діаналітична дискусія не „витісняє” із свідомості відомі знання, а зіштовхує їх з протилежними – невідомими знаннями – за допомогою парадоксу. Переживання парадокса у думках змушує людину відірватися від напруженого розмірковування, сприйняти себе цілісніше.

В. Ю. Зав'ялов пропонує використовувати у терапевтичній дискусії метод сократівського діалогу. Хід сократівської дискусії відбувається від незнання до знання. Знання виводяться за допомогою послідовного ряду запитань до співбесідника. Останній є джерелом „вивідного знання”, а той, хто ставить запитання (у даному разі – терапевт), є лише організатором цього процесу, а не носієм мудрості, яку він начебто може передати. Організатор процесу діалогу у даному випадку наперед відмовляється від ролі „гуру”, який знає, що є правильним чи неправильним. Натомість він переконаний у тому, що людина, яка прийшла з якоюсь проблемою, має серед своїх психологічних ресурсів все необхідне для того, щоб змінити свій стан на краще. Їй лише необхідно допомогти задіяти такі ресурси.

Запитання, які ставить діаналітик, користуючись таким методом, заводять клієнта у смислову безвихідь, парадокс, котрий змушує людину визнати обмеженість своїх знань. Лише у такий спосіб людина здатна добровільно відмовитись від шкідливих стереотипів мислення, звичних догм та концепцій.

Така бесіда-дискусія, за Сократом, нараховує приблизно сім кроків:

1. Згода опонента з приводу загального визначення.
2. Пошуки протиріччя. Сократівська іронія.
3. Розмивання початкового припущення.
4. Тупикова ситуація (аналогія з лабіринтом).
5. Демонстрація неосвіченості (мудрий лише Бог).
6. Викриття передсуду.
7. Напутня бесіда-порада.

Якщо в інтерв'ю головним інструментом перетворення стану клієнта є запитання, то у дискусії таким інструментом є парадокс.

В. Ю. Зав'ялов виділяє п'ять етапів дискусії у діаналізі. Вони відповідають пентадному принципу побудови повного визначення істини.

Перший етап – це „зачин” дискусії. Дискусія починається після того, як клієнт зосередився на своїй головній проблемі. Психотерапевт допомагає йому визначитись у темі дискусії і приймає первісне визначення проблеми.

Другий етап – це „парадокс” дискусії. Він починається зі спростування первісного припущення методом запитань, які систематично ставляться і заводять клієнта у протиріччя тому, що він заявив раніше як проблему.

Третій етап – „мікровідкриття” дискусії. На цьому етапі відбувається інтелектуальний інсайт обох – клієнта і психотерапевта – відкриття сутності заявленої проблеми у всій складності та принциповій невиразності повноти.

Четвертий етап – „терапевтична ідея” дискусії. На цьому етапі дається нове визначення сутності проблеми. З проблеми, з якою прийшов клієнт, виводиться терапевтична ідея. Вона виражається звичною і зрозумілою мовою клієнта, тому й готова до утілення в дію, у реальну поведінку як „своя ідея”.

П'ятий етап – „персональний міф”. На останньому етапі дискусії відокремлюється те, що є лише потенційно можливим, „міфом”, від того, що є реальним, фактичним.

Форма дискусії є активним методом психотерапії, вона потребує від психотерапевта високої концентрації уваги, рішучості, неупередженості.

Діасинтез: терапія безперервністю. Попередні форми діаналітичного консультування – інтерв'ю та дискусія – не належать лише психотерапії, не створені психотерапевтами. Ці форми спілкування універсальні та неспецифічні. Насправді специфічною формою психотерапії є третя форма, яка у діаналізі є синтезом „анімації” та „імагінації”, руху образів і статички образів.

Діасинтез – приклад інтегративної психотерапії, побудованої на єдиному методологічному фундаменті – діалектиці та вивідному знанні. Основа для інтеграції – постулати діаналізу: персоналізм, символізм та філософський реалізм. Вони є принципом інтеграції, на відміну від еклектики, мозаїчно складеної комбінації різних методів. Діасинтез, за словами автора, це „єдиний метод посилення „неперервності” життя різними засобами, доступними психотерапевту та консультанту”. Весь сенс роботи у даній формі стисло міститься у діаналітичному афоризмі: „Розпочате життя можна лише продовжити”. Будь-яка особистісна проблема діє як „переривник” спонтанного плину життя. Вона щось блокує у людині, зупиняє її, гальмує та обмежує розвиток та нормальне життя, уподібнюється смерті – головному переривнику життя. Завдання цієї форми діаналізу – поставити межу цьому обмежувачу життя, „анімувати” останнє, оживити. Анімація у діаналізі – це цілеспрямоване і системне використання уяви та образного мислення для створення живого смислу, „живих картин життя”, „картинності” життя людини. Ці ейдетичні змінні картини створюють неперервність смислу, яка і є терапевтичним чинником цієї форми діаналізу.

Таким чином, у першій формі (інтерв'ю) деяка картина очевидності „уловлюється” увагою за умови зацікавленості клієнта та психотерапевта. Ця картина розглядається та сердечно приймається. У другій формі (дискусія)

„картина” відсувається з метою кращого розуміння сутності проблеми. У третій формі (діасинтез) неначе об’єднуються безпосереднє „уловлення” буття (Ейдос) та розмірковування, знання про це буття (Логос). У діасинтезі неначе оживають абстрактні поняття, стають живими персонажами деякої пізнавальної дії. Смысл у цій формі проходить неперервне становлення.

Імагінація – термін, який означає процес уяви, продукування образів, їх трансформацію. Використання образності значно полегшує та прискорює „обробку” симптомів з метою переробки емоціогенної інформації.

Фази діасинтезу також відповідають п’ятьом моментам пентади.

Перша фаза. Винайдення цілісного образу, тотожного проблемі, поки що невизначеного.

Друга фаза. Пошук конкретних, визначених образів уяви, „імідж-терапія”.

Третя фаза. Сприяння руху образів у бік цілей терапії, „імаго-ефект”.

Четверта фаза. Вихід на ейдетичну картину буття або надточний смисловий образ світу.

П’ята фаза. Відкриття віртуального („паралельного”) світу повного саморозкриття особистості.

Реорганізація: терапія упорядкуванням. Реорганізація – це установлення нового порядку у житті. Вона являє собою прикладну діалектику. З точки зору діаналізу, будь-який клієнт, що звертається за допомогою, має деякий порядок організації свого життя, який перестав його влаштовувати і не приносить бажаних результатів. Основні цілі четвертої форми діаналізу – переупорядкування досвіду клієнта, відновлення керованості власними станом, поведінкою, життям.

Глибинний сенс реорганізації полягає у тому, що змінюється лише структура того, що вже є; привнесення будь-чого принципово нового не потрібне. Дещо, організоване якимось чином у систему, організовується по-новому. При цьому усі складники існуючого цілого залишаються тими ж самими.

Практично все у житті людини якимось чином організоване. До тих пір, доки організація задовільна, організовані системи працюють добре. Коли ж відбувається дезорганізація, нормальна робота системи порушується або припиняється. Постає завдання знов організувати систему – реорганізувати. Поведінка людини як складна система дій та планування потребує неодноразової реорганізації. Найчастіше людина сама здатна здійснити реорганізацію власної поведінки, однак не завжди. У останньому випадку вона потребує сторонньої допомоги. Психотерапевт, до якого звертаються за такою допомогою, має бути помічником, який полегшить завдання реорганізації, допоможе виявити порушений порядок та влаштувати новий.

Істотні моменти цієї форми діаналізу такі.

1. Необхідно виділити головні компоненти поведінки (ситуації, проблеми).

2. Потрібно назвати їх, причому це має зробити клієнт з допомогою психотерапевта.

3. Необхідно забезпечити відносно автономне існування названих компонентів. З цією метою має бути проведене розмежування усіх елементів у свідомості клієнта так, щоб він міг мислити про кожний компонент окремо, бачити можливий розвиток та “долю” кожного компонента.

4. Знайти зв'язки між автономними компонентами так, щоб останні не втратили своєї автономності, не розчинилися одне в одному.

5. Усі перелічені заходи мають бути оповиті у форму дружньої бесіди, ненав'язливих інструкцій, дохідливих прикладів-метафор, м'якої активації волі до здорової поведінки та вибіркової неухвилю до стереотипів нездорової (Крупельницька, 2019).

Ампліфікація: терапія творчим розширенням. У діаналізі ампліфікація – це розширення смислу персонального міфу клієнта. Мета цієї форми – збільшити свідому активність клієнта, „розширити свідомість”, розповсюдити смисл на незрозумілі, непідвладні самостійному контролю сторони психічної діяльності.

Після того, як розглянуті чотири попередні базові форми діаналітичної роботи, ми можемо побачити своєрідність п'ятої форми, її істотні особливості та місце у низці інших форм.

Отже, у першій формі головне – досягнення очевидності того, що відбувається з клієнтом, очевидності помилок; у другій формі – визначення симптому, виявлення патогенної ідеї і обмеження її патогенності; у третій – забезпечення неперервності психічного життя, заповнення „пустот”, „пропусків” у переживаннях, „оживлення” психічної діяльності, психотерапія у вузькому розумінні; у четвертій – організація сегментів досвіду у ефективну поведінкову систему, реорганізація життя цілком або його окремих проявів, відновлення керованості.

У п'ятій формі психотерапевт працює з міфічним змістом симптому. Конкретна людина шляхом міфічної ідентифікації з героєм відомого міфу об'єднує у собі унікальність і універсальність. У цьому процесі людина відчуває одночасно власну неповторність і подібність ідеалу, герою міфу. Синтез унікального та універсального в особистості якраз і складає сутність ампліфікації. Зовні ампліфікація у діаналізі виглядає як вигадкування особистісних історій, у яких особистість клієнта отримує максимально повне смислове вираження, і нагадує використання „терапевтичних метафор”, „казкотерапію”, „міфодизайн” (відомі нині психотерапевтичні техніки).

У центрі уваги діаналітика – особистість, прийнята безпредикатно, „сердечно”, без будь-якого попереднього аналізу (перший момент пентади). Далі рух іде за „кривою смислу” аж до вичерпання всіх можливостей та альтернатив, навіть найфантастичніших. Діаналітик у своїй роботі просувається не навколо сновидіння (чи іншого матеріалу), а навколо ідеї особистості конкретної людини, ідеалу особистості. Сюжет, тема, які вимальовуються при такому аналізі, не мають вирішального значення, як це

має місце у юнгіанському аналізі. Навпаки, сюжети змінюються, переводячи увагу клієнта і психотерапевта від однієї теми до іншої.

У діаналітичній ампліфікації образ рухається за „кривою смислу” (термін Я. Голосовкера), проходячи трансформації, перетворюючись у свою протилежність, зливаючись з іншими образами, рекомбінуючись, описуючи повне коло, досягаючи таким чином вичерпання смислів. Коли смислові криві замикаються, це означає, що розум стає самодостатнім, „центрованим”, інтегрується з почуттями. Людина набуває особистісної автономії і свободи, переборюються дисоціації свідомості. Ця властивість міфологічних систем використовується у п'ятій формі діаналізу. Обговорюючи різноманітні сюжети на одну тему, діаналітик та клієнт рухаються за „кривою смислу”.

Загалом, діаналіз являє собою теоретично продуману систему аксіом, концепцій, принципів, інструментів та форм психотерапевтичної роботи. До обмежень використання підходу можна віднести складну систему підготовки фахівця та недостатність відомостей про ефективність. Втім, останнє обмеження стосується практично всіх психотерапевтичних підходів, які з'явилися протягом останніх десятиліть.

ПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ

1. Які напрями соціально-конструкціоністської психотерапії виокремлює Міллікен? Коротко опишіть їх спільні ознаки та специфіку.
2. Яким є теоретичне підґрунтя терапії фіксованої ролі?
3. Розкажіть про сутність терапії фіксованої ролі.
4. На яких ідеях та техніках базується діалектична поведінкова терапія?
5. Перерахуйте основні напрями когнітивної терапії, основані на концепції mindfulness, та коротко охарактеризуйте кожен з них.
6. Які критичні зауваження ви можете висловити щодо беззастережного використання медитацій безоцінного усвідомлення?
7. Охарактеризуйте принципи та зміст роботи у метакогнітивній психотерапії.
8. Розкажіть про основні концепції схема-терапії та принципи роботи психотерапевта у цьому підході.
9. Охарактеризуйте метод десенсибілізації та переробки травмувальних переживань за допомогою руху очей.
10. Які відмітні особливості психотерапевтичної роботи властиві діаналізу? Розкажіть про аксіоми, принципи та форми психотерапевтичної роботи у цьому підході.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПОСТНЕКЛАСИЧНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ НАУКИ

3.1. Проблема наукових досліджень психотерапії

Дослідження ефективності психотерапії розпочалися невдовзі після того, як вона зайняла більш-менш помітне місце у житті суспільства. У 50-х роках минулого століття Г. Айзенк за допомогою результатів досліджень, опублікованих іншими авторами, довів, що за результатами психотерапії не більш ефективна, ніж перебування хворих у психіатричному стаціонарі, де вони отримують лише звичайні бесіди з лікарями (Лаутербах, 1995).

За підрахунками Айзенка, 67% невротиків зцілюються без лікування або відчувають спонтанне поліпшення через два роки. Інші автори – Бергін і Ламберт (там же) показали, що спонтанна ремісія виникає приблизно у 40% невротичних пацієнтів.

Таким чином, було спровоковано дослідження психотерапії: прибічники кожного підходу прагнули довести, що їх підхід насправді працює, і його ефекти не можуть бути зведені до ефектів звичайних бесід.

Зразу ж постала низка питань, які потребували відповіді. Одне з них таке: чи можуть сам психотерапевт і пацієнт (клієнт) оцінювати ефективність психотерапії? Адже психотерапевти необ'єктивні, оскільки вони найчастіше самі проходили психотерапію, витратили на її освоєння час та гроші, тому вірять у неї та ідентифікують себе з нею. Щодо оцінки психотерапії самими клієнтами, слід зазначити, що окремі їх самозвіти можуть прийматись в



*Репродукція картини Ремедіос Варо
«Дослідження витоку ріки Ориноко»*

розрахунок, але у цілому не можуть підтверджувати правильність теорії та дієвість практики психотерапії. Є різні причини, з яких думки клієнтів з приводу психотерапії не можуть розглядатися як достатні критерії оцінки її ефективності.

Існує т.з. hello-good-by – ефект: до психотерапії клієнт схильний відчувати та описувати свій стан як важкий, тому що він шукає допомоги, а поспілкувавшись з уважним психотерапевтом, який демонструє бажання допомогти, витративши гроші, час та не бажаючи бути невдячним, пацієнт схильний відчувати та говорити про покращення навіть без об’єктивних змін.

Об’єктивнішими є тести та опитувальники, оцінки різних параметрів психотерапії родичами клієнтів, незалежними експертами, спостереження в реальних або ігрових ситуаціях, психофізіологічні дані.

При застосуванні подібних методів з метою розрізнення ефектів терапевтичного впливу та ефектів позатерапевтичного впливу необхідно залучати контрольні групи.

До контрольних груп включають або осіб з аналогічними психічними проблемами, які не отримували психотерапії, або осіб, що отримують інший вид психотерапії.

У 1975 р. L. Luborsky, B. Singer опублікували один з перших метааналізів досліджень психотерапії і показали, що ефект психотерапії позитивно відрізняється від спонтанної ремісії. Вони поставили перед собою мету: знайти відповідь на питання “Який вид психотерапії ефективніший?”

Слід зазначити, що на той час методи статистичного аналізу були менш досконалими, у порівнянні з використовуваними нині, тому результати дослідження могли не виявити реально існуючих відмінностей. Тим не менш, зафіксуємо основний результат, отриманий після проведеного метааналізу: це відсутність статистично значимих розбіжностей між результатами різних психотерапевтичних методів.

На основі доступних методів дослідження на той час було зроблено висновок, який після цього часто формулюється з використанням слів з “Аліси в країні чудес”: Everyone has won and must have prizes, тобто всі виграли і всі мають отримати приз. Інакше кажучи, використання психотерапії дає приблизно однакові результати, незалежно від виду психотерапії.

Психотерапевтам сподобався цей висновок, і вони часто його цитують навіть зараз, незважаючи на те, що останнім часом отримано більш точні результати, причому цитують висновок, отриманий на основі згаданого метааналізу навіть представники тих підходів, які жодним чином не досліджувались.

Науковці не припинили спроби дослідити специфіку психотерапевтичного впливу та ефективність різних видів психотерапії. Розрив між результатами досліджень психотерапії та її практикою спонукав К. Grawe до проведення нового метааналізу досліджень психотерапії, який був опублікований у 1994 р.

На той час вже були результати, які давали підстави для висновку: застосування психотерапевтичних методів у системі охорони здоров'я обходиться втричі дешевше, ніж лікування без психотерапії. Тим не менш, на ці результати мало зважали практики.

К. Grawe назвав свою книгу “Психотерапія у процесі змін. Від конфесії до професії”. Чому “від конфесії”? У середовищі психотерапевтів та психологів розповсюджена думка про те, що та чи інша «школа психотерапії» будується за принципами, які багато в чому нагадують організацію людей зі спільною системою вірувань, що погано піддаються критичному осмисленню. Цікаво, що поза будь-яким зв'язком з книгою К. Grawe, О. Сосланд у 1999 р. видав свою книгу “Фундаментальна структура психотерапевтичного методу”. У ній він докладно показав, що практично кожен творець “школи” створює щось на кшталт секти.

К. Grawe зі співробітниками шукали відповіді на такі питання.

- Якою є кількість науково-емпіричних досліджень різних психотерапевтичних підходів в літературі та які їх науковий рівень та результати?

- Які психотерапевтичні підходи порівнювались і з якими результатами?

Вони зібрали всі опубліковані дослідження з прийнятним науковим рівнем; їх виявилось 3500. У якості критеріїв прийнятності використовувались наявність інформації про проведення серйозної терапії та наявність статистичного порівняння основної і контрольної груп пацієнтів. Після прискіпливого відбору кількість досліджень, які було взято для подальшого вивчення, склала 897. Отже, це були науково прийнятні дослідження психотерапії дорослих пацієнтів, такі, результати яких були опубліковані протягом 30 років до дослідження згаданих науковців. Це найбільший з відомих метааналізів досліджень психотерапії.

Гуманістичні, психодинамічні та психоаналітичні методи – всі разом – досліджувались 153 рази. Частіше всього вивчались когнітивно-поведінкові методи – 452 дослідження; інтерперсональні методи – 63; методи релаксації – 66, аутогенне тренування – 14, гіпноз – 19, медитація – 15 (всього 114 досліджень); еkleктичні і комплексні методи – 22.

У якості **критеріїв ефективності психотерапії** було обрано:

- 1) глобальну оцінку успіху;
- 2) індивідуально-диференційовану проблематику або симптоматику;
- 3) загальні формулювання проблематики чи симптоматики членів груп;
- 4) інші параметри самопочуття;
- 5) зміни в особистості і здібностях;
- 6) зміни в міжособистісних стосунках;
- 7) зміни у використанні вільного часу;
- 8) зміни у роботі / професії;
- 9) зміни в сексуальній сфері;
- 10) зміни за психофізіологічними параметрами.

Для оцінки рівня наукових досліджень, результати яких було включено в метааналіз, було виокремлено наступні критерії.

1. Клінічна значущість.

Позитивними вважались такі ознаки:

- важкі розлади;
- пацієнти самі звертались за допомогою;
- психотерапевти – досвідчені та ідентифікують себе з методом;
- різноманіття вимірюваних параметрів, включаючи індивідуально-диференційовану симптоматику.

Негативними вважались, зокрема, такі ознаки:

- пацієнтів запрошували на лікування;
- обмежений розлад;
- група, менша за 10 осіб;
- проводилось менше 7 сесій;
- результати оцінювались тільки психотерапевтом чи автором дослідження;
- відсутність інформації про пацієнтів, що переривали психотерапію, і катамнезу.

2. Валідність дослідження.

Негативні ознаки:

- при порівнянні методів умови плану дослідження (вимірювані параметри, тривалість сесій) були більш співрозмірними по відношенню до того методу, який потім надавався;
- порівнювані групи відрізнялись за мотивацією, очікуванням успіху;
- психотерапевти відрізнялись кваліфікацією, досвідом чи ідентифікацією з видом терапії;
- порівнювані методи проводились з різною інтенсивністю чи одночасно, тобто змішувались з іншими видами лікування;
- медикаментозне лікування не контролювалось;
- ефекти порівнюваних методів оцінювались за різними параметрами.

Відповідно *позитивними* вважались протилежні ознаки.

3. Якість інформації.

Негативні ознаки: недостатня інформація про пацієнтів, психотерапевтів, методи лікування, план та проведення дослідження.

4. Обережність інтерпретації.

Негативні:

- помилки у обробці даних;
- порівняння різних методів проводилось одним психотерапевтом;
- неточна інтерпретація результатів, наприклад, при порівнянні методів менш ефективна психотерапія проводилась в більш сприятливих для неї умовах.

5. Різнomanітність вимірюваних параметрів:

- кількість параметрів;
- число вимірювань під час проходження психотерапії;

- вимірювання не лише ефектів, але й процесу лікування.

6. Якість і різноманіття статистичної обробки.

Позитивні ознаки:

- різноманітність статистичних результатів;
- виявлення залежностей між параметрами ефектів;
- виявлення залежностей між параметрами ефектів та іншими ознаками пацієнтів, психотерапевтів і видів терапії;
- дослідження залежностей між ефектами психотерапії та процедурними особливостями – процесами терапії.

7. Багатство результатів.

Позитивні ознаки:

- велика кількість значимих результатів – кореляцій між процесами порівнюваних методів та їх ефектами;
- зміни середніх величин параметрів і динаміка їх відхилень;
- інформація про оптимальну дію різних методів на різні розлади.

8. Значущість для показань.

Негативні ознаки: недостатня інформація про пацієнтів, методи дослідження тощо.

Позитивні:

- експериментальні зміни, які стосуються порівнюваних методів;
- у дослідженні співвідносяться не лише значимі зміни параметрів, але й їх відхилення;
- наявна інформація про оптимальну дію різних методів на різні розлади у різних пацієнтів.

Ефективність психотерапевтичних методів у цьому метааналізі визначали, ґрунтуючись на вивченні майже 900 найбільш значущих (але не всіх опублікованих) досліджень психотерапії, інформація про які була наявна на той час. В. Лаутербах (1995) розмірковує таким чином: якщо науково обґрунтованими мають вважатися тільки ті методи, ефективність яких досліджувалася, незалежно від результатів, тоді стосовно інших методів, які зовсім не досліджувалися науково прийнятним чином, потрібно назвати **не обґрунтованими науково**.

До них на той час було віднесено *ейдетичну терапію, терапію за Юнгом, логотерапію, нейролінгвістичне програмування, терапію поезією, первинну терапію за Яновим, ребефінг, трансцендентальну терапію та багато інших методів*. Також мало і погано досліджувалися: *дазайналіз, біоенергетична терапія, терапія за допомогою кататимно-образних переживань за Лейнером, індивідуальна терапія за Адлером, транзактний аналіз*.

Не дуже переконливими виявилися дослідження ефективності **терапії мистецтвом, танцювальної або музичної терапії**. Тому ці три види психотерапії було рекомендовано застосовувати не як самостійні, а лише у поєднанні з основним («науково обґрунтованим») видом психотерапії. Прогресивна релаксація, аутогенне тренування, психодрама, гіпнотерапія і йога досліджувалися, але частіше також застосовувалися у поєднанні з певним

провідним видом психотерапії. Гештальт-терапія вивчалася лише в 7 дослідженнях, що має розглядатись як невеликий показник кількості досліджень. Тим не менш, результати цих досліджень були досить обнадійливими, оскільки їх результати засвідчили вплив методів гештальт-терапії на широкий діапазон параметрів.

Недовготривала психоаналітична терапія виявила невисоку ефективність. Самі психоаналітики низький рівень ефективності пояснюють необхідністю більшої тривалості психотерапії: кілька сотень або сесій з частотою 3-5 разів на тиждень. Вони вважають, що лише в такому разі можна очікувати позитивних зрушень за рахунок досягнення необхідного рівня терапевтичних відносин з пацієнтом, який, своєю чергою, є умовою виявлення та опрацювання причин симптомів, особистісних перебудов тощо. Щоправда, ефективність найстарішого та найвідомішого методу психотерапії на прийнятному науковому рівні досліджувалася мало.

Однак досліджувався довготривалий психоаналіз в клініці **K. Menninger**.

На думку Grawe (1998), це було найбільше, ретельне, переконливе і тривале дослідження психотерапії серед інших робіт. Воно проводилося найбільшими дослідниками психоаналізу в США в природних умовах. У 50-х рр. в цій клініці відібрали – не випадково, але за діагнозом та необхідністю лікування – 22 пацієнтів для групи довготривалого психоаналізу і 20 пацієнтів для групи підтримуючої психоаналітичної психотерапії; контрольної групи не було. Всі пацієнти мали дуже хороший інтелект (середній IQ - 124), належали до високого соціального прошарку і самі платили за багаторічну терапію. До кінця лікування ні пацієнти, ні психотерапевти не знали про те, що їх терапію досліджували.

У групі довготривалого (розкриваючого) психоаналізу:

15 пацієнтів регулярно лікувалися протягом 6 років (1017 сесій);

2 пацієнти лікувалися ще під час остаточного звіту, тобто через 25 років після початку терапії; 4 пацієнти припинили лікування після 16 місяців і 316 сесій;

1 пацієнт помер після 7 років і 1238 сесій.

У групі підтримувальної психотерапії:

14 пацієнтів регулярно лікувалися, взявши участь в 316 сесіях більше 4-х років;

2 пацієнти ще лікувалися під час остаточного звіту;

4 пацієнти припинили свою терапію після 2-х років і 202 сесій;

у одного з них був суїцид.

Виявилося, що психоаналітики були схильні направляти пацієнтів з більш вираженою симптоматикою в групу підтримувальної психотерапії і що в ході розкриваючої психотерапії половина пацієнтів насправді потребувала підтримувальної терапії. Питання про мотивацію вибору тієї чи іншої групи психотерапевтами залишається відкритим. В основі одного з мотивів може лежати орієнтація на більшу зручність роботи для самих психотерапевтів:

адже підтримувальна психотерапія передбачає нижчий рівень опрацювання проблеми та відповідного емоційного відгуку пацієнта. І у разі роботи з пацієнтом, який має нижчий рівень психічних проблем, застосування розкриваючих методів з меншою вірогідністю асоційоване з терапевтичними труднощами.

Які ж були результати роботи у цих двох групах? У загальному вигляді їх можна сформулювати так: терапевтичні ефекти розкриваючої довгострокової психотерапії були набагато нижчі, ніж були передбачені дослідниками; прогнозовані ж ефекти підтримувальної психотерапії були більш помірними – їх і було досягнуто (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Катамнез за групами розкриваючої та підтримувальної психотерапії у клініці К. Menninger

Результат	Розкриваючий психоаналіз		Підтримувальна психотерапія	
	Кількість пацієнтів	%	Кількість пацієнтів	%
Значне покращення	8	36	9	45
Помірне покращення	5	23	3	15
Сумнівне покращення	3	14	3	15
Відсутність покращення	6	27	5	25
Всього	22	100	20	100

Дослідження в клініці К. Menninger показало, що багаторічним психоаналізом досягнуто хороших результатів у майже 40% пацієнтів і помірного поліпшення – у трохи більше 20%. Слід зазначити, що кращих результатів можна досягти іншими методами зі значно меншими витратами – на думку фахівців, меншими в 10-20 разів. При цьому у 40% пацієнтів зовсім не настало поліпшення протягом кількох років, і кращим рішенням була б констатація неуспіху протягом 20 сесій, а не протягом декількох сотень чи тисяч сесій.

Успіх 6 пацієнтів (27%) було оцінено як низький, причому ці пацієнти не просто були неуспішними: один з них помер в результаті суїциду, який, на думку дослідників, був пов'язаний з психоаналізом, який проводився; у 3 пацієнтів виник психоз, який також пов'язаний з ятрогенією – відносинами з

психотерапевтом; у ще 2 пацієнтів неуспіх не був обумовлений ятрогенними розладами. Незважаючи на те, що під час останнього катамнезу у 80-х роках, тобто після 28 років безперервної психотерапії, 5 пацієнтів потребували продовження терапії, дослідники вважали, що у 2 з них вже відзначено добре просування і у 2 – тенденцію до поліпшення. У пацієнтки з агорафобією остання зникла через більш, ніж 25 років. Зазначимо, що пацієнтка, швидше за все, вилікувала б фобію за допомогою 20 сесій поведінкової психотерапії, або ж позбулась її за цей час (25 років) без лікування.

К. Grawe і співр. резюмують результати досліджень наступним чином: позитивних свідчень для довготривалого психоаналізу немає, а негативні – є: у пацієнтів з більш вираженою симптоматикою виникає небезпека ятрогенних ефектів.

Вивченню ефективності **інтерперсональних методів, в тому числі, інтерперсональної терапії по Клерману і Вейсману** на момент публікації метааналізу К. Grawe і співр. було присвячено 10 досліджень, до яких було залучено майже 1000 пацієнтів з депресією або нервовою булімією. Ця психотерапія, яка зосереджується на міжособистісних відносинах, на той момент вважалася зовсім новим підходом. Однак було констатовано, що науковий рівень розпочатих досліджень є високим, а результати психотерапії виявляються досить переконливими.

Поведінкові методи терапії сімейних пар успішно застосовувалися і вивчалися у 29 дослідженнях; вони включають ряд поведінкових прийомів, в тому числі, і тренінг інтеракції та комунікації.

Інтерперсонально орієнтований підхід системної сімейної терапії (V. Satir, S. Minuchin, J. Haley та ін.) вивчався у 8 дослідженнях.

Тобто було показано, що інтерперсональні методи, спрямовані на аналіз відносин між пацієнтами та їхніми близькими, успішно трансформують ці відносини, що значною мірою призводить до зменшення симптоматики.

Ще більш ретельно досліджувалися **психоаналітична психотерапія і короткостроковий психоаналіз**.

Психоаналітична психотерапія вивчалася в 12 роботах середньої наукової якості, при середній тривалості терапії 14 місяців і 57 сесій. Короткостроковий психоаналіз вивчався в 29 дослідженнях хорошої наукової якості, середня тривалість лікування 14 місяців і 16 сесій.

Психоаналіз зменшував симптоматику у пацієнтів з мало вираженими невротичними і особистісними розладами. Відносини з іншими людьми поліпшувалися, але тільки як результат групової, а не індивідуальної психотерапії. Загальне самопочуття поліпшилося тільки після тривалої терапії або після закінчення лікування. Було виявлено, що пацієнти зі страхами, фобіями і з психосоматичними розладами погано піддаються лікуванню психоаналізом.

Розмовна психотерапія за Роджерсом досліджувалася в 35 роботах хорошої наукової якості, де вимірювалися різні змінні. Середня тривалість лікування була 20-33 сесії. Результати досліджень показали, що ця терапія

зменшує симптоматику, поліпшує загальне самопочуття, сприяє особистісному зростанню пацієнтів, а в груповій психотерапії – покращує відносини з іншими людьми.

На основі цих досліджень можна зробити висновок, що розмовна психотерапія показана і ефективна для лікування всіх невротичних розладів, а також може застосовуватися при лікуванні осіб, залежних від алкоголю, хворих на шизофренію. Ефект часто підсилювався при поєднанні цієї психотерапії з методами поведінкової психотерапії.

Тим не менш, було зафіксовано дані щодо того, що пацієнти з соціальними страхами і особи, які потребують вказівок і керівництва, гірше піддаються розмовній психотерапії за Роджерсом.

Методи когнітивно-поведінкової психотерапії досліджувалися значно частіше за інші методи.

На думку психодинамічних психотерапевтів, когнітивно-поведінкові методи є підтримувальною, а не розкриваючою терапією. Когнітивно-поведінкові підходи відрізняються від гуманістичних та психодинамічних, зокрема, тим, що містять широкий набір методів, досить диференційованих щодо різноманіття існуючих розладів. Крім того, ці методи створювалися на основі підтверджених теорій. У пацієнтів часто спостерігається не одна психічна проблема, а відразу кілька, при цьому вони можуть взаємно підтримуватися та посилюватися. Наприклад, алкоголізм часто поєднується з дефіцитом в соціальній сфері і депресією. Відтак робота у когнітивно-поведінковому підході дозволяє поєднувати різні методики, спрямовані на конкретний спектр проблематики.

Оскільки методи когнітивно-поведінкової психотерапії розвивалися в залежності від результатів емпіричних досліджень діючих факторів, ефектів та ефективності, кількість таких досліджень дуже велика – на момент публікації згаданого метааналізу 452 джерела містили відомості про дослідження ефективності методів когнітивно-поведінкової психотерапії.

Найбільш відома методика, **систематична десенсибілізація**, досліджувалася 56 разів на високому науковому рівні. Було показано, що специфічні страхи, такі як соціальні і сексуальні фобії, дуже добре піддаються лікуванню, причому чим більше пацієнти боялися ситуації, тим більш вираженим був терапевтичний ефект. Останнє, зокрема, було доведено щодо страхів перед іспитами.

Пацієнти з різноманітними страхами, у тому числі, агорафобією, із загальним станом боязні у поєднанні з депресією, піддаються лікуванню не так успішно. Найбільш ефективними при різноманітних страхах, включаючи панічні, є методики конфронтації з ситуаціями, яких пацієнти бояться. Ці методики досліджувалися 62 рази на гарному науковому рівні.

Є **три види конфронтації**: поступова конфронтація в реальних ситуаціях (in vivo), посилена конфронтація в реальних ситуаціях (flooding) і посилена конфронтація в уяві (імплізія).

Конфронтаційні методики в реальних ситуаціях показані при фобіях, панічних і нав'язливих страхах. *Імплозією* лікували хворих на алкоголізм, з психозами і депресивних пацієнтів. Було продемонстровано високу ефективність цих методів. За їх допомогою лікувалися пацієнти не тільки із загальною і індивідуально сформульованою проблематикою і симптоматикою, тобто з фобічними і нав'язливими станами, а й з проблемами у сфері роботи, дозвілля і самопочуття. Тривалість терапії була невеликою, менше 20 сесій протягом 20 тижнів. Зазначається, що окремі сесії тривали до тих пір, поки пацієнт протягом 1,5-2 годин не заспокоювався. Дослідники встановили цікаву закономірність: чим виразнішими є симптоми, тим виразнішими є й ефекти конфронтації.

Групова терапія (з 4 пацієнтами) із застосуванням конфронтаційних методик виявилася ще ефективнішою, ніж індивідуальна.

Щодо порівняння конфронтаційних методик між собою, було встановлено, що *конфронтація в уяві* є менш ефективною. Хоча у пацієнтів більшості груп симптоматика певною мірою зменшувалася, лише в 60% терапевтичних груп результат був значно кращим, ніж в контрольних групах. Імплозія, як і десенсибілізація, виявилися недостатньо ефективними при агорафобії та специфічних фобіях.

Було зроблено висновок, що, конфронтація в реальності має переваги при її порівнянні з іншими методами і дає кращий ефект, ніж медикаменти (бета-блокатори).

Тренінг соціальної компетентності вдосконалює соціальні можливості пацієнтів у важких для них ситуаціях з допомогою різних методик: поступове навчіння за моделлю, рольова гра, диференційоване підкріплення, поведінкові вправи тощо. Ефекти і ефективність тренінгу досліджувалися в 74 роботах на матеріалі 3400 пацієнтів, на високому науковому рівні. Лікування проходили пацієнти з вираженою непевністю в собі і соціальними фобіями, а також з іншими нервово-психічними розладами: психозами, алкоголізмом, зривами або болісними реакціями внаслідок важких сімейних, професійних, соціальних переживань, катастроф, катувань, інвалідності тощо. Тренінг часто комбінували з когнітивними і поведінковими методами або з медикаментами. Тривалість лікування – 6-15 сесій, а в 15 дослідженнях – до 40. Ефективність тренінгу була високою: у всіх групах у пацієнтів не тільки значно зростала впевненість в собі і долалися соціальні страхи, але й поліпшувалося соціальне та професійне функціонування пацієнтів, їх загальне самопочуття. У половині груп тренінг був ефективний навіть для осіб з депресією, мігренню, сексуальними розладами. Залежність від алкоголю тренінгом соціальної компетентності не лікувалася, однак цей тренінг благотворно впливав на міжособистісні стосунки пацієнтів із залежністю. Ефективність тренінгу була вищою при поєднанні з когнітивними методами.

Центральним теоретично і емпірично доведеним обґрунтуванням когнітивних методів є положення, що думки, переконання, припущення, очікування керують поведінкою, почуттями і емоційним станом. Але можлива

і зворотна залежність. Якщо вдається змінити певний аспект взаємодії, то й інші аспекти у системах, що взаємодіють, можуть змінитися. Цей принцип враховується у багатьох методах поведінкової терапії: пацієнти під супроводом психотерапевта зразу навчаються вести себе більш впевнено та не боятися важливих для них ситуацій, і, як наслідок, зростає внутрішнє почуття впевненості та зменшується страх значущих ситуацій.

Думки пацієнта виявляються різними способами: за допомогою бесіди, систематичних записів (спеціальних щоденників) думок, почуттів, поведінки, подій; конфронтації; рольової гри. Патогенні, неадекватні думки змінюються у розмові (сократівському діалозі) психотерапевта і пацієнта і у зіставленні з реальністю, представленою і зафіксованою (записаною) самим пацієнтом.

Ефективність когнітивної терапії вивчалася з 1977 р. в 16 дослідженнях на високому науковому рівні. Терапія тривала від 4 до 24 тижнів. У 7 дослідженнях проводилося менше 10 сесій. У всіх групах всі вимірні параметри (симптоматика, особистісні параметри, загальне самопочуття) значно покращилися і в порівнянні з контрольними групами, і в катамнезі.

У 3 дослідженнях когнітивну терапію порівнювали з медикаментозною, і було встановлено, що вона значно ефективніша при лікуванні депресії. У 2 з 3 досліджень порівняння когнітивної терапії з психоаналітичною довело значно кращий терапевтичний результат першої.

Методи **релаксації** досліджувалися не тільки як додаткові в комплексі з іншими методами, але й як самостійні види лікування. Ефективність **гіпнозу** вивчалася в 19 роботах на середньому науковому рівні. Гарний ефект в порівнянні з контрольними групами відзначався у пацієнтів з болями, психосоматичними розладами і безсонням. Поліпшення інших параметрів (самопочуття, проблеми особистості) спостерігалось рідко.

Аутогенне тренування використовується в Німеччині частіше, ніж прогресивна релаксація, а в Америці – навпаки. Аутогенне тренування досліджувалося в 14 роботах на гарному науковому рівні. Його ефективність виявилася несподівано невеликою. Менше, ніж у половини груп пацієнтів, зменшилася симптоматика. У 6 порівняльних дослідженнях було відзначено, що тільки в двох групах лікування проходило успішніше, ніж в контрольних, а в 13 порівняннях з іншими релаксаційними методиками аутогенне тренування в 5 разів було симптоматично менш ефективним, ніж інші методи, і тільки в одному – більше.

К. Grawe і співр. провели мета-аналіз результатів усіх опублікованих досліджень, в яких порівнювалась ефективність різних видів психотерапії та які включали, меншою мірою, 6 сесій і 3 параметри ефектів. Вони виявили, що у літературі порівнювалися тільки ті методи, які взагалі добре вивчалися: розмовна психотерапія за Роджерсом, психоаналіз, сімейна психотерапія (системна і поведінкова) і поведінкова терапія.

Ефективність визначалася різними статистичними методами. Незалежно від того, який метод застосовувався, виявилось, що *розкриваючі методи*, за допомогою яких шукають відповідь на питання, чому і як виникли проблеми,

за ступенем ефективності не відрізняються один від одного; підтримувальні методи сімейної та когнітивно-поведінкової психотерапії, що допомагають долати життєві проблеми пацієнта, за ступенем ефективності також мало відрізняються один від одного. Але підтримувальні методи набагато ефективніші, ніж розкриваючі. Відмінності тим значніші, чим більше інформації використовувалося при статистичному зіставленні. Відмінності статистично надійні – а чи будуть вони і практично значущі? Для цього використовувався мета-аналітичний статистичний *індекс ефективності психотерапії, т. з. "сила ефекту"*.

"Сила ефекту" описує стандартизованим чином, наскільки пацієнт терапевтичної групи вилікувався краще, ніж "середній" пацієнт контрольної групи або групи, що проходить іншу терапію, включаючи всі вимірювані параметри. Процедура розрахунку сили ефекту дозволяє отримати усереднені результати кількох досліджень. При цьому обсяг вибірок не обов'язково має бути однаковим. У підсумку отримують загальний індекс ефекту. d Коена (за ім'ям J. Cohen, який вперше запропонував цей індекс) призначений для порівняння двох груп. Для його розрахунку використовується різниця між двома середніми; показник виражається в одиницях стандартного відхилення. Цей індекс показує, скільки стандартних відхилень лежить між двома середніми.

Формула для розрахунку d Коена: $d = (\bar{x}_1 - \bar{x}_2) \div s$, де $\bar{x}_1$ – середнє значення групи 1, $\bar{x}_2$ – середнє значення групи 2, s – стандартне відхилення

Вибір стандартного відхилення в рівнянні залежить від дизайну дослідження. Може використовуватися: об'єднане стандартне відхилення, яке базується на даних обох груп; стандартне відхилення від даних контрольної групи, якщо дизайн включає контрольну та експериментальну групи; стандартне відхилення від даних попереднього тестування, якщо дизайн дослідження включає попереднє і посттестове вимірювання.

Сила ефекту може бути пояснена як усереднений рівень відмінності пацієнта експериментальної групи від пацієнта контрольної групи. Сила ефекту 0,0 означає, що середнє експериментальної групи відповідає 50-му процентилу контрольної групи (тобто 50% досліджуваних контрольної групи мають значення змінної, не більше середнього експериментальної групи). Сила ефекту 1,7 означає, що 95,5% досліджуваних контрольної групи має значення змінної, не більше середнього експериментальної групи. Сила ефекту може бути також проінтерпретована як відсоток неперекриваності полів значень експериментальної та контрольної груп. Так, сила ефекту 0,8 означає, що: 1) 47,4% значень досліджуваних двох груп не перетинаються; 2) середні показники емпіричної групи на 0,8 стандартного відхилення вищі середніх показників контрольної групи; 3) середній емпіричний пацієнт має результат кращий, ніж у 79% досліджуваних контрольної групи (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Відповідність значень сили ефекту процентилю та проценту
неперекриваності

Інтерпретація сили ефекту (коефіцієнта Коена)	Сила ефекту	Процентиль	Процент неперекриваності
	2,0	97,7	81,1%
	1,9	97,1	79,4%
	1,8	96,4	77,4%
	1,7	95,5	75,4%
	1,6	94,5	73,1%
	1,5	93,3	70,7%
	1,4	91,9	68,1%
	1,3	90	65,3%
	1,2	88	62,2%
	1,1	86	58,9%
	1,0	84	55,4%
	0,9	82	51,6%
Сильна	0,8	79	47,4%
	0,7	76	43,0%
	0,6	73	38,2%
Середня	0,5	69	33,0%
	0,4	66	27,4%
	0,3	62	21,3%
Слабка	0,2	58	14,7%
	0,1	54	7,7%
	0,0	50	0%

Використавши цей індекс у процесі мета-аналізу, К. Граве показав, що ефект психоаналітичної психотерапії вищий, ніж в контрольних групах, в яких пацієнтів тільки діагностують і налаштовують на терапію. Але лікування поведінковими методами виявилось майже вдвічі ефективнішим, ніж лікування психоаналітичною психотерапією.

Отже, поведінкові, підтримувальні методи набагато ефективніші, ніж розкриваючі, допомагають пацієнтам долати психічні проблеми. Зокрема:

- *тренінг соціальної компетентності* зменшує невпевненість в собі;
- *конфронтацією* долаються фобії і страхи;
- *сексуальна терапія* ефективна при фригідності;
- *аутогіпноз* пом'якшує болі;
- сімейні проблеми долаються *системною зміною структури сім'ї*;

- відновленням активності і зміною нераціональних думок лікують депресію;
- поведінковий тренінг допомагає особам, залежним від алкоголю, посилити самоконтроль в ситуації спокуси тощо.

У поведінкових підходах психотерапевт розуміє проблеми пацієнта і активно допомагає їх подолати, не шукаючи приховану мотивацію, і не надає проблемам інших значень, ніж сам пацієнт, дивиться на них як на труднощі, які пацієнт без допомоги не може подолати. Такий підхід сам по собі вже допомагає пацієнтові, але він не пояснює ефективність методу. Психотерапевт обов'язково повинен знати і вміти застосовувати навіть у важких ситуаціях специфічні методики, успішність яких доведена, в подоланні специфічних проблем.

Отже, на основі результатів досліджень ефективності психотерапії, здійснених наприкінці минулого століття, було сформульовано кілька ідей щодо сутності психотерапії.



1) Психотерапія є допомогою в подоланні проблем.

Якщо відштовхуватись від високої ефективності когнітивно-поведінкових методів, які направлені на допомогу пацієнтові у подоланні проблем, без занурення у глибинно-мотиваційні шари, то слід зазначити, що психотерапія – це не що інше, як допомога у подоланні проблем. Але це тільки один бік психотерапії. Є й ефективні методи, за допомогою яких психотерапевт не допомагає долати проблеми. Прикладами можуть бути розмовна психотерапія за Роджерсом, психоаналітична психотерапія, які сприяють кращому розумінню пацієнтом себе, своїх мотивів, цінностей, мети своєї поведінки і прагнень. Отже необхідно сформулювати й іншу тезу.

2) Психотерапія є допомогою в кращому розумінні самого себе.

Пацієнтам з гарною освітою, успішним в житті найчастіше не потрібна допомога в подоланні проблем. Їм потрібно дізнатися, чому вони поведуться так, що виникають проблеми. Якщо ця людина здатна зрозуміти свою проблему, вона може її й вирішити.

Результати багатьох досліджень показують, що психоаналітична психотерапія найбільше придатна для інтелектуальних, освічених, успішних в житті людей, симптоми яких слабо виражені.

Не дивно, що психотерапевти, які намагаються краще зрозуміти самих себе, вважають за краще розкриваючи методи лікування і відмовляються від поведінкових. Також не дивно, що поведінкові психотерапевти, у яких виникли проблеми, зовсім не потребують поведінкової психотерапії, але їм

необхідна допомога для більш ясного розуміння самих себе і своїх проблем: якщо проблеми прояснилися, ці психотерапевти краще інших здатні їх вирішити.

Тим не менш, результати мета-аналізу свідчать про те, що більшості пацієнтів потрібна допомога в подоланні своїх проблем, а не у виявленні прихованих мотивів. Дослідження різних видів психотерапії показують, що ефективність поведінкових і системних методів вища. Однак, багато психотерапевтів вважають психодинамічні і гуманістичні методи більш придатними. Міркування цих психотерапевтів базуються на ідеї, що поверхове подолання проблеми приводить до більш швидких, але менш стійких результатів. Використовується «аспіринова метафора»: як аспірин не лікує хворобу, а лише допомагає «зняти» симптоми, так і поведінкові методи не здатні змінити джерело проблеми, яка буде знов і знов виявляти себе у різних формах, незважаючи на швидку редукцію актуальних симптомів.

3.2. Сучасні тенденції наукових досліджень результатів та ефективності психотерапії

Як зазначають автори огляду наукових досліджень психотерапії (Холмогорова, Гаранян, Никитина & Пуговкина, 2009), оцінку наукових досліджень доцільно проводити за такими напрямками: 1) оцінка результатів психотерапії (outcome) та її ефективності (efficacy); 2) виокремлення факторів, які впливають на результати та ефективність психотерапії.

Коротко розглянемо риси, які відрізняють сучасні дослідження психотерапії від тих досліджень, які відбувались раніше.

Hill & Lambert (2004) виокремлюють 7 параметрів, за якими відбувався розвиток (табл. 3.3).



Репродукція картини Ремедіос Варо «Акваріумом»

Параметри оцінки результатів психотерапії у перших та сучасних дослідженнях

№ п/п	У перших дослідженнях	У сучасних дослідженнях
1	Оцінка результатів самим терапевтом	Використовуються різні джерела оцінки
2	Оцінка одного загального зсуву	Оцінка специфічних змін
3	Оцінка односпрямованого зсуву	Оцінка можливих випадків погіршення стану
4	Оцінка за динамікою одного фактора	Багатофакторна оцінка
5	Оцінка результатів в рамках теорії	Практична оцінка результатів психотерапії
6	Оцінка змін як апріорі стабільних	Перевірка стабільності досягнутих змін
7	Застосування нестандартизованих методик, вільних звітів, художніх описів випадків	Рух до єдиного набору стандартизованих методик оцінки

1. Якщо у перших дослідженнях (1930-1950 рр.) оцінка ефективності психотерапії складалась на основі оцінок самих психотерапевтів, які, власне, проводили терапію, то у сучасних дослідженнях перелік джерел отримання оцінок набагато ширший. Це самозвіти пацієнтів, оцінки терапевтів та експертів, архівні записи та інші документи, зокрема, інформація про кількість візитів, тривалість лікування тощо, оцінки осіб з найближчого оточення тощо.

2. Перші дослідження психотерапії фокусувались на рівні редукції симптомів захворювання. Зараз оцінюються різноманітні зміни, за допомогою яких можна охарактеризувати психічне здоров'я, а не лише редукція симптомів. Зокрема, це особистісні властивості, комунікативні навички, якість міжособистісних стосунків, рівень та особливості когнітивного функціонування тощо. Цей перелік розширюється за рахунок численних факторів, які можуть відобразити позитивні зміни, які відбулись за рахунок психотерапії. Загалом, у сучасних дослідженнях враховуються як специфічні зміни, такі як навички, особливості когнітивних та емоційних процесів, так і неспецифічні, а саме – рівень та якість життя пацієнта.

3. Якщо у перших дослідженнях психотерапії на перший план виходили звіти про окремі успішні терапевтичні випадки, переважно, психоаналітичні, або ж лише про позитивні зміни, то у сьогоденних дослідженнях почали

враховуватись не лише позитивні, але й негативні ефекти психотерапії, у разі яких спостерігається погіршення стану пацієнта.

До речі, перші повідомлення про негативні явища в процесі психотерапії почали з'являтися лише наприкінці 60-х років минулого століття. Нині ж ми маємо дані про рівень розповсюдженості негативного ефекту: до 11.3% (Shapiro & Shapiro, 1982). З'явилося також розуміння факторів, що негативно впливають на результати терапії. Насамперед, це якість міжособистісних стосунків терапевта та пацієнта, низькі мотивація до лікування та толерантність.

4. У перших дослідженнях психотерапії критерії оцінки покращення стану пацієнтів були досить довільними, недостатньо обґрунтованими. У процесі розвитку наукових досліджень психотерапії з'явилися концептуальні схеми оцінки ефективності. Прикладом може бути схема, запропонована McLellan & Durrell (1996), яка містить такі аспекти оцінки: редукція симптомів, покращення у фізичному, особистісному та соціальному функціонуванні, вартість лікування для системи охорони здоров'я.

5. Якщо у перших дослідженнях психотерапії використовувались діагностичні інструменти, які спирались на особливості певних теоретичних позицій, що розроблялись чи поділялись авторами досліджень, то у подальшому почали використовуватись самооцінні та експертні симптоматичні шкали, що не залежать від тих чи інших теоретичних позицій. Прикладами «залежних» від специфічної теорії психічної патології інструментів можуть бути проєктивні тести Роршаха, ТАТ, орієнтовані на психоаналітичну терапію, та методика Q-сортування, орієнтована на клієнт-центровану терапію. Прикладами інструментів, «незалежних» від теорій особистості та психічної патології, можуть слугувати симптоматичний опитувальник SCL-90-R, опитувальники тривожності та депресивності А. Бека, шкала Quality of Life Interview, «Опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих» тощо.

6. У перших дослідженнях психотерапії та її ефективності за замовчуванням зміни оцінювались як стабільні, тобто передбачалось, що якщо вони відбулись на певному етапі роботи з пацієнтом, значить, вони вже будуть залишатись і в подальшому. Звісно, така ситуація далеко не завжди відображає реальний стан справ. У 80-х роках минулого століття для оцінки ефективності психотерапії вводиться параметр стійкості позитивних зсувів, який допоміг значною мірою уточнити оцінку досягнутих змін за допомогою психотерапії. Порівняння різних психотерапевтичних підходів за цим параметром розширило горизонт вивчення їх можливостей.

7. Застосування нестандартизованих, недостатньо валідних та надійних методів діагностики психотерапевтичних змін привело до діаметрально протилежних висновків щодо ефективності психотерапії. Як відомо, Г. Айзенк

та А. Бергін ті ж самі випадки психоаналітичної психотерапії оцінили абсолютно по-різному: Г. Айзенк дійшов висновку про негативні результати цієї терапії, у той час як А. Бергін оцінив ці результати як задовільні.

Застосування у подальшому багатofакторних методик по типу ММРІ, розв'язало проблему валідності та надійності лише частково, оскільки вони, з одного боку, потребують значних ресурсів (час, зусилля по заповненню) з боку пацієнта, з іншого боку, є нечутливими до швидких змін у психічному стані та поведінці. Наразі вважається, що опитувальник SCL-90-R, який дозволяє оцінити симптоматичні зсуви, може використовуватись як сучасний інструмент, позбавлений цих недоліків.

Застосування однофакторних методик, незважаючи на їх більшу зручність та придатність для більш частого використання, мають свої недоліки. Зокрема, це низька дискримінативна валідність. Наприклад, дані опитувальників депресії та тривоги часто корелюють, що пов'язано з подібністю тих та інших симптомів.

Ідеографічний підхід до досліджень поступово витіснявся номотетичним. При цьому неможливо повністю уникнути недоліків як першої, так і другої дослідницької установки. Переважна на початку досліджень психотерапії ідеографічна установка сприяла вивченню унікальності, своєрідності кожного окремого випадку, кожної конкретної особи. У той же час, вона унеможлиблювала достатній рівень операціоналізації змін, що відбуваються за допомогою психотерапії. Номотетична ж установка, будучи орієнтованою на виявлення загальних закономірностей, стикається з проблемою недостатнього врахування унікальності кожного конкретного випадку. Тому згодом починають з'являтися методи, покликані поєднати досягнення певного рівня операціоналізації з аналізом індивідуальних особливостей змін, що відбуваються.

У цьому контексті слід згадати метод шкалювання досягнення цілей. Він полягає у тому, що пацієнт та психотерапевт визначають цілі психотерапії і описують ранжовану шкалу результатів, що дасть можливість незалежному досліднику оцінити успіх терапії. Наприклад, перша ціль – зниження ваги та відповідна їй шкала кілограмів; друга мета – покращення настрою та відповідна шкала депресії Бека.

С. Hill і М. Lambert пропонують схему для організації досліджень з оцінки результатів психотерапії, яка охоплює 4 аспекти:

- 1) *змістовий*: містить особистісні та міжособистісні зміни, зміни у соціальному функціонуванні;
- 2) *часовий*: фіксує параметр «одиничний – повторний – регулярний вимір»;
- 3) *джерела даних*: самозвіт, спеціально навчені експерти, оцінка психотерапевта, близьке оточення;

4) *техніки отримання даних*: глобальні оцінки, специфічні симптоматичні шкали, оцінки спостерігачів, психометричні методи, життєві події.

Ця схема дозволяє досліднику розробити дизайн, що відповідає завданням. Важливими, на думку С. Hill і М. Lambert, є виваженість у підборі методик і переконливість оцінок не лише у вимірі статистичної значущості тієї чи іншої зміни, але й у вимірі реальних змін у житті пацієнта. Адже часто можна спостерігати ситуацію, за якої виявлення статистичної значущості зміни не свідчить про реальну зміну якості життя досліджуваного.

У наші дні важливою складовою оцінки ефективності психотерапії постає економічна; відтак одним з провідних критеріїв ефективності вважається співвідношення витрат та корисного ефекту. Тобто питання не стоїть лише у ракурсі можливого рівня психотерапевтичних досягнень як такого – важливішим на державному рівні регулювання психотерапевтичної галузі у різних країнах є питання «Скільки часу, фінансових витрат на оплату перебування пацієнта у спеціалізованому центрі чи лікарні, у тому числі, на оплату роботи психотерапевтів та допоміжного персоналу, необхідно для досягнення задовільного ефекту психотерапевтичних втручань?» Установка на необхідність зменшення витрат, яка все більш посилювалась в останні десятиліття, відбилась на акцентах у побудові наукових досліджень ефективності психотерапії. До ключових орієнтирів у побудові таких досліджень все частіше потрапляють кількість сесій, необхідних для задовільних змін, вплив рівня підготовки психотерапевта на результати психотерапії, залежність тривалості та якості результатів психотерапії від характеристик пацієнта тощо.

Автори (Lambert & Ogles, 2004, Холмогорова, Гаранян & Никитина, 2009) зазначають, що на сьогоднішній день дослідження ефективності психотерапії зводяться до пошуку відповідей на такі питання: 1) чи є психотерапія ефективним засобом лікування психічних розладів; 2) чи виникають у результаті лікування зміни, значущі з клінічної точки зору; 3) чи перевершують результати психотерапії результати ефекту «плацебо»; 4) яким є необхідний та достатній обсяг психотерапевтичної допомоги; 5) чи є пацієнти, у яких внаслідок психотерапії відзначається негативний ефект.

Відповіді, отримані у наукових дослідженнях, на ці запитання такі.

1) Щодо першого питання: чи є психотерапія ефективним засобом лікування психічних розладів?

Для відповіді на це запитання використовуються рандомізовані контрольовані дослідження (randomized controlled trial). Застосовується «сліпа» рандомізація, яка дозволяє досягти випадкового розподілу, незалежного і прихованого від дослідника, що, своєю чергою, забезпечує уникнення суб'єктивності оцінки результатів психотерапії та пов'язаних з нею

помилки. Таким чином, уможлиблюється перенесення результатів, отриманих на обмеженій вибірці досліджуваних, на генеральну сукупність.

Такі результати публікуються у систематичних оглядах, що містять дані різних досліджень. Важливою умовою для таких систематичних оглядів є відповідність усіх окремих досліджень, на основі яких здійснюється огляд, спільним вимогам та дизайну дослідження. Тобто для уможливлення систематичних оглядів необхідні єдиний підхід до виокремлення параметрів психотерапевтичного методу, що вивчається, єдині критерії відбору учасників дослідження та співвідносні методи дослідження. Розповсюдженим компонентом систематичного огляду є метааналіз, який передбачає або аналіз первинних даних оригінальних досліджень, або аналіз та узагальнення вже опублікованих вторинних результатів дослідження того чи іншого аспекту психотерапії.

За умови високої гомогенності методичних параметрів досліджень, для аналізу даних часто використовується статистична процедура, що передбачає визначення «сили ефекту» (effect size).

Отже, використовуючи зазначені можливості, починаючи з 1990-х років минулого століття, починають проводитись метааналізи досліджень психотерапії. У їх результатах містилась відповідь на питання про ефективність психотерапії. Ця відповідь була однозначною: психотерапія ефективна. Спочатку вона була надана в узагальненому вигляді – без диференціації окремих методів. У метааналізі Lipsey & Wilson (1993) було узагальнено результати 300 досліджень різних видів психотерапії. Проаналізовані дані свідчили про високу ефективність усіх методів, які потрапили в поле уваги дослідників. Слід зазначити, що цей метааналіз лише підтвердив результати метаналізів, які проводились раніше (Smith, Glass, & Miller, 1980) і виявили високий показник силу ефекту. Виявлений індекс сили ефекту 0,8 і більше виглядав не дуже переконливо. Коли ж було вилучено дані, що не відповідали жорстким критеріям (з 300 досліджень залишилось 156), індекс сили ефекту був значним, хоча й не таким високим, як першопочатково. Він відповідав середньому значенню: 0,42 (Lambert & Ogles, 2004). Починаючи з 2000-х років, до перших метааналізів закріпилося таке ставлення: надійність показника сили ефекту, отриманого у них, була невисокою, оскільки дослідження проводилися на невеликій кількості осіб у кожній групі, що відобразилось на переоцінці загального ефекту психотерапії. Тим не менш, за умови жорсткого відбору досліджень показник сили ефекту – середнього рівня – є достатнім для того, щоб говорити про психотерапію як діяльність, яка допомагає покращувати стан особам з психічними проблемами.

Починаючи з Г. Айзенка, висновок про приблизно однакову ефективність різних психотерапевтичних методів постійно піддається критиці. Деякі з сучасних авторів критикують також і результати метаналізів.

Ця критика ґрунтується на таких аргументах. По-перше, це неправомірність змішування даних досліджень з різними пацієнтами та різними психотерапевтичними методами в єдиний масив. По друге, йдеться про залучення до масиву даних недостатньо надійних досліджень.

Враховуючи цю критику, автори найновіших метаналізів залучають до них дослідження психотерапії пацієнтів з конкретними розладами конкретними психотерапевтичними методами. До того ж, посилюється увага до відповідності строгим критеріям відбору досліджень, які залучаються до метааналізів. Таким чином, галузь досліджень психотерапії стає все більш диференційованою. Найбільше сучасних публікацій присвячено дослідженням ефективності психотерапії депресивних та тривожних розладів.

Загальний висновок, який було зроблено на основі досліджень психотерапії при депресивних розладах, такий: ефективність психотерапії може бути співвіднесена з ефективністю лікування антидепресантами, а за деякими аспектами – навіть переважає ефективність медикаментозного лікування. Нагадаємо, що антидепресанти у традиційному ставленні до лікування депресії розглядаються як пріоритетні засоби лікування, засоби «першого вибору».

На основі результатів двох метааналізів (Steinbrueck, Maxwell & Howard, 1983, Robinson, Berman & Neimeyer, 1990) було зроблено висновок про однакову ефективність психотерапії та антидепресантів. Ще один метаналіз (Andrews, 1983) показав все-таки певну перевагу антидепресантів у лікуванні ендогенних депресій. Пізніші метааналізи підтвердили цей висновок: при тяжких депресіях антидепресанти мають перевагу у порівнянні з психотерапією.

Стосовно ж нетяжких депресивних розладів психотерапія виявилась співрозмірною за ефективністю з комбінуванням психотерапії з медикаментозним лікуванням, тобто у випадку нетяжких депресій психотерапія і без медикаментів забезпечує ефект, якого можна досягти при поєднанні психотерапії з медикаментами. У випадку тяжких депресій комбіноване лікування за ефективністю переважає лише психотерапевтичне лікування.

На основі метааналізу, проведеного Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn (1998), було зроблено висновок про те, що когнітивно-поведінкова психотерапія має перевагу над лікуванням антидепресантами. Вирахувана сила ефекту була 0,38, що є показником середньої сили. У цьому ж метааналізі було показано, що рецидиви симптомів у осіб, що пройшли лише когнітивно-поведінкову психотерапію, виявляються у 29,5% випадків, у той же час, у осіб, які пройшли лише медикаментозне лікування – у 60% випадків. Тобто у віддаленій перспективі психотерапевтичне лікування може розглядатись як більш доцільне. Щоправда, у цих дослідженнях не враховано те, що серед

застосованих медикаментозних засобів не було антидепресантів нового покоління, використання яких могло б вплинути на отримані результати.

Стосовно психотерапії та медикаментозного лікування при тривожних розладах було отримано аналогічні результати. Когнітивно-поведінкова терапія при лікуванні панічних атак продемонструвала вищий показник сили ефекту, у порівнянні з медикаментозним та комбінованим лікуванням. При порівнянні психотерапії з медикаментозним лікуванням показники сили ефекту відповідно 0,68 і 0,47; показник сили ефекту при комбінованому лікуванні – 0,56. Крім того, кількість осіб, які переривали лікування (drop out), при застосуванні когнітивно-поведінкової психотерапії – 5,6%, при медикаментозному лікуванні – 19,8%, при комбінованому – 22%.

Оптимістичність таких результатів дещо затьмарює критика валідності деяких метааналізів, які акцентувались на порівнянні ефектів психотерапії та медикаментозного лікування. Виявилось (Klein, 2000), що в цих метааналізах порівнювалась сила ефекту, отримана у дослідженнях, які не були однаковою мірою рандомізованими, сліпими й контрольованими, а також не всі відповідали високому рівню якості. Тобто такі дослідження в межах певного метааналізу не мали достатніх підстав, щоб бути залученими до нього.

Тобто самі по собі результати метааналізів потребують обережної інтерпретації та, за можливості, мають піддаватись додатковій критичній оцінці. Зокрема, необхідні докладний аналіз критеріїв та перевірка рівня якості залучених досліджень.

Незважаючи на існуючу критику, сьогодні на основі існуючих досліджень психотерапії можна ствердно відповісти на питання, по-перше, щодо ефективності психотерапії як засобу лікування психічних розладів загалом, та, по-друге, щодо ефективності когнітивно-поведінкової психотерапії для лікування депресивних та тривожних розладів – зокрема.

2) Щодо другого питання: чи виникають у результаті лікування зміни, значущі з клінічної точки зору?

На початку наукових досліджень психотерапії головним показником ефективності психотерапії була міра відмінностей (у кращий бік) середнього учасника експериментальної групи, тобто такого, що отримав психотерапевтичне лікування, від середнього учасника контрольної групи, до якого психотерапія не застосовувалась. Однак цей показник нічого не пояснював щодо клінічної значущості змін на рівні конкретного пацієнта. Тому згодом на рівні окремого пацієнта починають фіксуватися такі два важливі аспекти: 1) рівень статистичної значущості змін, що відбулись з пацієнтом; 2) рівень нормалізації тих чи інших істотних показників, їх відповідності нормативним статистичним значенням за певним опитувальником.

Отже, психотерапія визнається ефективною за умови наявності клінічно значущих змін. Саме клінічно значущі зміни під впливом психотерапії фіксуються сьогодні не лише на рівні «середнього пацієнта», але й на рівні конкретного, окремо взятого пацієнта.

3) Щодо третього питання: чи перевершують результати психотерапії результати ефекту «плацебо»?

Це питання є одним з ключових в плані оцінки ефективності психотерапії.

Якщо психотерапевтичний вплив не має переваг над результатами «плацебо», значить, ми не можемо говорити про зафіксовані результати як про результати психотерапії. Тому навіть якщо вони й можуть бути оцінені як клінічно значущі, при відсутності різниці між ефектом психотерапії та ефектом «плацебо» ця значущість нівелюється.

Ефект «плацебо» - це ефект віри пацієнта у те, що психотерапія ефективна, за умови відсутності специфічних психотерапевтичних втручань. У такому разі взаємодія з пацієнтом лише зовні нагадує психотерапію, але віра пацієнта у те, що ця взаємодія і є психотерапією, і вона йому допоможе, є чинником одужання.

Свого часу Г. Айзенк приділив цьому питанню багато уваги. Відомо, що він був критично налаштованим по відношенню до психотерапії і у своїй статті (Eysenck, 1952) висловлює своє ставлення до психотерапії, спонтанного одужання та ефекту «плацебо» таким чином:

«...За широкого розповсюдження тривожності, депресії, напруженості, почуття провини та інших невротичних симптомів було б дивним, якби суспільство не відкрило методів, що полегшують страждання, які при цьому виникають. І, дійсно, за тисячі років до того, як психіатрія (як припускається) стала наукою, у нас з'явилися знахарі, шамани, священики, вчителі, гуру та інші соціальні агенти, які намагаються мати справу з психологічними станами. Навіть ми змушуємо друзів, родичів, а іноді і сторонніх людей, що перебувають у невротичному стані, вислуховувати поради та співчуття. Чи не тому психотерапія й отримала назву «проститування дружлюбністю»? У мене немає сумніву, що всі ці знахарі, шамани та їх методи приносили величезну користь, інакше вони не мали б такої популярності та хворі не зверталися б до них.

Ця терапія, побудована на здоровому глузді, лежить в основі феномена, відомого як «спонтанне одужання» і полягає в тому, що невротичні хворі навіть з дуже сильно вираженими симптомами тривоги, депресії, фобії та ін. схильні до одужання протягом року чи двох без спеціальної психіатричної допомоги. Звичайно ж, це одужання не є «спонтанним» у тому сенсі, що воно безпричинне. Воно настає через деякий час, але причина не в часі, а в тому, що

в цей час хвора людина піддалася терапії, що спирається на здоровий глузд, яку вона й шукала.

Спонтанне одужання відбувається завдяки певній плацебо-терапії, яка не базується на якійсь науковій теорії, що застосовується лікарями-фахівцями. Подібно до будь-яких плацебо, ця терапія, тим не менш, може бути дуже ефективною, особливо, коли вона фактично містить важливі компоненти, подібні або навіть ідентичні компонентам, що містяться в теоретично розробленій поведінковій терапії. Пізніше я більш докладно зупинюся на цьому питанні, а зараз давайте просто відзначимо, що плацебо-лікування в психотерапії не настільки просте, як у соматичній медицині. Як я доведу пізніше, і терапія, заснована на здоровому глузді, і плацебо-лікування, і психотерапія включають елементи поведінкової терапії, які забезпечують їм позитивний лікувальний ефект, хоча можливі й незаплановані ефекти.

З цього, мабуть, випливає, що всі види психологічного лікування є, швидше за все, ефективними, але жоден з них не може бути названий науковим, якщо він, по-перше, не заснований на ретельно перевіреній теорії і, по-друге, його ефективність не має явної переваги над спонтанною ремісією або плацебо-лікуванням ... »

Проте питання щодо того, чи перевершують ефекти психотерапії ефекти «плацебо», отримало чітку відповідь. Grissom (1996) провів «метааналіз метааналізів», узагальнивши результати 46 метааналізів досліджень психотерапії. Було показано, що результати психотерапії переважають і ефекти, які спостерігаються у контрольній групі пацієнтів, що очікують лікування (але поки що не отримують його), і результати у групі пацієнтів, які отримують замість специфічних психотерапевтичних впливів плацебо-лікування (таке плацебо-лікування забезпечували бесіди, спрямовані на підтримку пацієнтів, такі, що не містили ознак специфічної психотерапевтичної дії).

Стійкість ефекту психотерапії є ще одним важливим показником. Результати метааналізів (Carroll, Rounsaville, Nich et al., 1994, Lambert & Ogles, 2004, Najavits & Gunderson, 1995) показали, що ефект психотерапії навіть через кілька років після її завершення залишається стійким для значної кількості пацієнтів. При цьому стійкість ефекту відзначається навіть при таких захворюваннях, як залежність від алкоголю та інших психоактивних речовин, межовий розлад особистості.

4) Щодо четвертого питання: яким є необхідний та достатній обсяг психотерапевтичної допомоги?

У одному з перших метааналізів (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986), присвячених пошуку відповіді на це питання, було вивчено велику кількість досліджень, до яких було залучено понад 2000 пацієнтів. В результаті було встановлено, що:

- у 14% пацієнтів спостерігається покращення ще до першої сесії;
- у 53% – після 8 щотижневих сесій;
- у 75% – після 26 таких сесій;
- у 83% – після 52 сесій.

За результатами цього метааналізу було зроблено висновок, що у процесі психотерапії є часові періоди, в яких зміни є більш помітними.

У пізнішому дослідженні (Lambert, Hansen & Finch, 2001), у якому проаналізовано більше даних, автори доходять висновку про те, що:

- близько 50% пацієнтів, які розпочали лікування у стані загострення, досягають клінічно значного поліпшення після 21 сесії;
- близько 75% - після 50 сесій.

Результати цього дослідження засвідчують, що для поліпшення більшості психічних розладів кількість сесій має бути більшою, ніж два десятки. Тим не менш, майже для половини пацієнтів кількість сесій має бути значно збільшена.

Ще в одному цікавому дослідженні (McNeilly & Howard, 1991) автори спробували переглянути дані, наведені у згаданій вище статті Г. Айзенка. Проаналізувавши дані, наведені Айзенком, вони встановили, що вони свідчать про наступне: ефект після 15 сесій психотерапії приблизно дорівнює ефекту після двох років спонтанного одужання. Тобто Айзенк висвітлив результати свого дослідження досить однобоко, не зафіксувавши ті аспекти, які свідчать про ефективність психотерапії. Адже швидкість одужання також є важливим критерієм ефективності психотерапії.

Важливою науковою подією також було те, що у дослідженнях, проведених у 2000-х роках, «реабілітовано» довготермінову психодинамічну психотерапію. F. Leichsenring та S. Rabung у 2008 році опублікували статтю (Leichsenring & Rabung, 2008), у якій подали результати метааналізу, що об'єднав 23 дослідження.

Ці дослідження було відібрано у відповідності до таких критеріїв здійснення психотерапії: частота психотерапевтичних сесій – більше, ніж раз на тиждень; тривалість – мінімум 50 сесій або не менше року; жорстка визначеність критеріїв прогресу психотерапевтичного лікування. У підсумку було відібрано 11 рандомізованих контрольованих досліджень та 12 досліджень, побудованих за принципом спостереження. Загалом до досліджень було залучено 1053 особи.

Головним результатом метааналізу став висновок про високу ефективність довготермінової психодинамічної терапії. Показник сили ефекту був високим: 1,8, що означає, що у 96% пацієнтів зафіксовано значне покращення стану під впливом психотерапії у порівнянні з плацебо-лікуванням.

5) Щодо п'ятого питання: чи є пацієнти, у яких внаслідок психотерапії відзначається негативний ефект?

Scogin, Floyd, Jamison & Ackerson (1996) зазначають, що 5-10% осіб у процесі проходження психотерапії зазнають погіршення свого стану. Ці автори запропонували такий критерій для фіксації погіршення: погіршення оцінок стану за клінічними шкалами чи шкалами самозвіту хоча б на один бал. D. Mohr (1995) запропонував предиктори негативного ефекту психотерапії. До них було віднесено межовий розлад особистості та obsесивно-компульсивний розлад.

Предикторами, які стосуються особливостей клієнтів, виявилися виражені міжособистісні проблеми і важчий стан на початку лікування. Предикторами, які стосуються самих психотерапевтів, виявились низький рівень емпатії, недооцінка проблем клієнта, негативне контрперенесення. Автори огляду роблять висновок про те, що дослідження факторів, що впливають на погіршення, має велике значення для відбору клієнтів та підготовки психотерапії. Також на основі результатів цього дослідження зроблено висновок про більшу частоту негативних ефектів при застосуванні експериментальних форм психотерапії. Ще один специфічний предиктор негативного ефекту психотерапії при депресивних розладах – мала кількість сесій.

Як уже згадувалося в параграфі 3.1, в наукових дослідженнях психотерапії ставилося питання про загальні та специфічні фактори психотерапії, тобто про спільні для всіх підходів та такі, що характеризують лише окремі підходи. L. Luborsky & B. Singer (1975) відповіли на це питання у стилі «Всі виграли, і всі повинні отримати приз». Проте у пізніших дослідженнях відповідь на це питання зафіксувалась не на крайніх позиціях, а між ними.

Однією з крайніх позицій була точка зору Айзенка (1994), який вважав психоаналіз та психодинамічну терапію неефективними та навіть шкідливими, а перевагу надавав когнітивно-поведінковому підходу. Іншою крайньою позицією залишався погляд на різні підходи, як приблизно однакові за ефективністю. У більшості сучасних метааналізів робиться висновок про незначну перевагу когнітивно-поведінкової психотерапії над іншими підходами. Особливо ця різниця виявляється у разі врахування рівня тяжкості симптомів: саме когнітивно-поведінкові стратегії демонструють кращі результати. Крім цього, дослідники зазначають факт певної модифікації клієнт-центрованої та психодинамічної психотерапії в плані асиміляції ними деяких когнітивно-поведінкових принципів та технік.

3.3. Сучасні тенденції наукових досліджень факторів ефективності психотерапії

Ще одна група питань, відповіді на які вчені відшукували у наукових дослідженнях психотерапії, це питання про фактори, що впливають на успішність психотерапії. Холмогорова, Гаранян, Никитина & Пуговкина (2010) зазначають, що ці фактори розглядаються у межах трьох блоків:

1) фактори, пов'язані з процесом; 2) фактори, пов'язані з характеристиками клієнта; 3) фактори, пов'язані з характеристиками терапевта.



Репродукція картини Ремедіос Варо «Очі на столі»

Розглянемо дослідження, які стосуються першого блоку факторів – **факторів, пов'язаних з процесом психотерапії.**

Дослідники виокремлюють **загальні та специфічні фактори ефективності психотерапії.** До загальних факторів відносять такі фактори, які певною мірою мають місце у різних підходах. Саме їх наявністю найчастіше пояснюється приблизно однакова ефективність різних підходів. На сьогоднішній день перелік цих факторів не є загальноприйнятим: існують різні подібні переліки. Lambert & Ogles (2004), узагальнивши результати різних досліджень, виокремили найзначніші фактори, пов'язані з процесом психотерапії, які часто згадуються в публікаціях та впливають на остаточні результати психотерапії: 1) фактори підтримки; 2) фактори навчання; 3) фактори активних дій.

До першої групи факторів віднесено терапевтичний альянс, позитивні відносини з психотерапевтом, катарсис, ідентифікацію з психотерапевтом, зниження рівня напруги, структуру, активну участь як терапевта, так і клієнта, емоційне тепло, повагу, емпатію, прийняття, автентичність терапевта.

До другої групи віднесено поради, новий емоційний досвід, асиміляцію проблемного досвіду, когнітивне навчіння, корекцію емоційного досвіду, зворотний зв'язок, інсайт, зміну очікувань у плані власної ефективності.

До третьої групи увійшли регуляція поведінки, збільшення готовності до конфронтації з джерелом страхів, до ризику, зусилля в плані оволодіння навичками, моделювання, практичне оволодіння, тестування реальності, переживання успіху, опрацювання.

При цьому терапевтичний альянс як надважливий фактор ефективності підкреслюється абсолютною більшістю авторів. Донедавна вважалось, що якість терапевтичного альянсу можуть забезпечити лише безпосередні стосунки психотерапевта та клієнта. Проте останнім часом, за умов пандемії COVID-19, отримано багато даних стосовно того, що дистанційна психотерапія (онлайн, телефонні консультації та психотерапія) за деякими параметрами навіть перевершує традиційну психотерапію.

Зокрема, було показано (Simpson et al., 2021), що значна частина пацієнтів у дистанційній психотерапії почуваються безпечніше, можуть бути більш відкритими. Вони сприймають обстановку перед екраном чи монітором як менш конфронтаційну, оскільки на рівні їхнього погляду – їх знайоме оточення. Дані останніх досліджень (Stefan et al., 2021) спростовують упередження стосовно того, що терапевтичний альянс може бути встановлений лише в умовах «живого» особистого спілкування.

К. Grawe (1998), узагальнивши результати багатьох досліджень, запропонував інший перелік загальних факторів ефективності психотерапії. До нього увійшли: 1) спрямованість на компенсацію специфічних дефіцитів, 2) прояснення для пацієнта та зміна дезадаптивних уявлень (сенсів) та мотивації; 3) актуалізація та конкретизація проблем у вигляді порушень когнітивних та емоційних процесів; 4) активізація ресурсів.

У цьому переліку перший, третій та четвертий фактори приймаються до уваги найбільшою мірою в когнітивно-поведінковому підході; другий фактор – у психодинамічному підході.

На думку К. Grawe, психотерапія, яка може вважатись науково обґрунтованою, має бути спрямованою на всі ці чотири мішені, пов'язані з неспецифічними факторами ефективності психотерапії. Тим не менш, як виявилось, всі чотири фактори не покриваються жодним з існуючих психотерапевтичних підходів.

Нижче наведемо опис дослідження ефективності окремих психотерапевтичних сесій, з якого стає зрозумілим технічний бік організації дослідження (Холмогорова, Гаранян, Никитина & Пуговкина, 2010).

Більш ніж 8 000 терапевтичних сесій, проведених та записаних на відео в клініці Берна, були розділені на дві групи за критерієм самопочуття клієнта після сесії. Були виокремлені сесії, після яких пацієнт відчував сильні негативні емоції щодо обговорюваної проблеми. Ці сесії розглядалися як такі, що призводять до сильної актуалізації проблеми. З цих сесій були, своєю чергою, виокремлено 30 сесій, протягом яких пацієнт оцінював результат роботи як позитивний у плані своєї здатності розв'язання проблеми, а також (або) у плані переживання протягом сесії досвіду, який прояснює. Було виокремлено також 30 сесій з поганим результатом за цими двома показниками. Кожна сесія була розбита на 10-хвилинні сегменти, і всі сесії були проаналізовані за

сегментами на основі розробленого самим же К. Grawe методом аналізу терапії. Усі сегменти були «сліпо» проаналізовані експертами, які не знали, з якої сесії кожен шматочок.

Три оцінні шкали були орієнтовані на оцінку того, наскільки задовольняється потреба пацієнта у прихильності. Виявилося що те, наскільки задовольняється потреба у надійній прихильності в той час, коли актуалізується проблема пацієнта і він відчуває сильну неконгруентність у плані своєї здатності це вирішити, визначає, чи буде актуалізація проблеми супроводжуватися позитивним коригуючим досвідом чи почуттям своєї здатності справлятися з проблемою.

Шість оцінних шкал адресовані різного типу ресурсам пацієнта, які активізуються у цей момент. Активізація цих ресурсів дає пацієнту важливий досвід щодо своєї здатності справлятися з проблемою і самопідкріплення.

Отже, загальний висновок такий: позитивний коригуючий досвід виникає тільки в тих випадках, коли актуалізація проблеми супроводжується сильною тенденцією до активізації ресурсів.

Далі слідував аналіз кожної сесії за хвилинами, і на основі спеціально розроблених критеріїв методу аналізу терапії К. Grawe. Виявилося, що актуалізація проблеми сама по собі не є самостійним фактором: важливим є її поєднання з таким фактором як активізація ресурсів.

У сеансах з хорошим результатом терапевт концентрувався переважно на конструктивних кроках до досягнення мети, а не на фіксації невідповідності між актуальним станом справ та метою. Проводилося порівняння найкращої сесії в курсі терапії з хорошим результатом і найгіршої сесії в курсі терапії з поганим результатом. Впадає у вічі різниця в рівні активації ресурсів в успішній та неуспішній терапії. Йдеться про активацію ресурсів клієнта та активізуючих інтервенцій з боку терапевта. Ця різниця простежується протягом усього курсу. Характерна риса невдалих сеансів полягає в тому, що терапевт раптом сам оживлюється і починає активізувати ресурси клієнта в кінці сеансу, в останні десять хвилин.

При цьому має місце зворотна кореляція між спонтанною активізацією ресурсів у клієнта та активізуючими інтервенціями з боку терапевта: коли ресурси пацієнта не активовані терапевт намагається їх активізувати, коли ж вони активізуються спонтанно, то терапевт ігнорує це. В успішних сесіях це співвідношення та кореляції протилежні. Тобто центральною ознакою невдалих сеансів є ігнорування або недостатня увага до ситуацій активізації ресурсів у пацієнта. В результаті у пацієнта виникає дефіцит задовільного коригування досвіду в процесі психотерапії, і рівень його неконгруентності залишається високим. Отже, ще одна важлива мета – коригуючий досвід –

також не досягається достатньою мірою через низький рівень активації ресурсів.

Ще один параметр порівняння – співвідношення активізації проблеми та активізації ресурсів. У разі успішних сесій цей процес носить синхронний характер, і обидва процеси приблизно однакові за інтенсивністю, у разі неуспішних – активізація проблеми завжди значно перевищує активізацію ресурсів. В успішних сесіях активація ресурсів значно переважає на початку і наприкінці сесії. Посередині сесії збільшується активізація проблеми, а активація ресурсів дещо знижується. У неуспішних сесіях постійно домінує активізація проблеми.

К. Grawe доходить висновку, що психотерапевт, який спирається на науково обґрунтовані принципи, має бути не тільки і не стільки експертом з психічних розладів, тобто не стільки володіти знаннями щодо психічних розладів, скільки бути експертом у галузі активізації ресурсів.

Наукові дослідження ефективності психотерапії також ведуться по лінії **«натуралістична модель – структурована модель»**.

Прибічники *структурованої моделі* вважають необхідним спиратись на строгу уніфіковану схему ведення психотерапії. Тобто у практичному застосуванні цієї моделі на перший план виходять протоколи лікування, яким мають слідувати психотерапевти незалежно від унікальних особистісних та ситуаційних особливостей.

Прибічники натуралістичної моделі, навпаки, вважають більш продуктивним індивідуальний підхід, акцент на інтерперсональних навичках психотерапевта, що у випадку жорсткого слідування протоколу стає неможливим в плані реалізації.

Результати досліджень не дають чіткої відповіді на питання, яка модель є кращою. В деяких дослідженнях (Henry, Shacht, Strupp et al., 1993) навіть наводяться дані щодо негативної кореляції між здатністю заучувати протокол та інтерперсональними навичками, тобто слідування протоколу заважало формуванню робочого альянсу. Також є дані (Addis & Krasnow, 2000), що дають підстави припускати навіть більшу ефективність психотерапевтів, що не дотримуються жорстко протоколу.

На основі результатів багатьох метааналізів сьогодні домінуючим є такий погляд на ефективність цих моделей: натуралістична модель має приблизно однакові можливості зі структурованою моделлю.

У багатьох дослідженнях також відшукуються відповіді на питання щодо застосування **домашніх завдань** в процесі психотерапії. Існують дані щодо зв'язку між комплаєнсом в аспекті виконання домашніх завдань та успішністю психотерапії. В метааналізі 2000 року (Addis & Jacobson, 2000) у центрі уваги стояло порівняння пацієнтів, у психотерапії яких використовувались та не використовувались методи, що передбачають

виконання домашніх завдань (сила ефекту 0,36), і пацієнтів з різним рівнем комплаєнсу (сила ефекту 0,22). Тим не менш, необхідні додаткові дослідження для встановлення ролі можливих опосередковуючих змінних, таких як, наприклад, рівень опору пацієнтів.

Ще одним параметром, який досліджується у контексті факторів, пов'язаних з процесом психотерапії, є **різновид інтервенцій**. Розрізняють *інтервенції, орієнтовані на симптоми, та інтервенції, орієнтовані на інсайт*. Певну перевагу стосовно цього параметру виявили інсайт-орієнтовані техніки, тобто техніки, спрямовані на усвідомлення пацієнтом зв'язку між симптомами та глибинними конфліктами (Stiles & Shapiro, 1994). Усвідомлення цього зв'язку приводить до інсайту, який, своєю чергою, частіше за все веде до редукції симптомів. Однак цей аспект проблеми потребує подальших досліджень, оскільки виявлена перевага не дуже велика, до того ж, вона може бути пояснена типом пацієнтів, а не типом застосовуваних технік. Адже, наприклад, психодинамічну терапію добре сприймають пацієнти, схильні до інтроспекції, а отже, інсайт-орієнтовані техніки можуть спрацювати на них краще. Для агресивних та імпульсивних пацієнтів можуть бути більш доцільними техніки, орієнтовані на симптоми та небажані форми поведінки (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000).

Серед сучасних досліджень виокремлюються роботи (Drinane, Owen & Tao, 2018), у яких продемонстровано, що на процес та результати терапії негативно впливає такий фактор, як культурне приховування. Культурне приховування це феномен, що характеризується приховуванням клієнтами в терапії певних аспектів своєї ідентичності та культурного досвіду. Клієнти можуть несвідомо або свідомо уникати обговорення своїх придушених ідентичностей або тих ідентичностей, які вони помічають у певних ситуаційних контекстах, залежно від їх особистих досвіду та історії, параметрів терапевтичного альянсу тощо.

У дослідженні, в якому взяли участь 37 терапевтів та 233 клієнти, було показано, що культурне приховування має негативний зв'язок з результатами лікування: клієнти, які повідомили про більш високий рівень культурного приховування, мали менше шансів покращити терапію, порівняно з клієнтами, які повідомили про нижчий рівень культурного приховування. Результати порівнювались окремо за клієнтами кожного психотерапевта. Було також виявлено, що терапевти, у яких клієнти мали вищий рівень культурного приховування, демонстрували гірші результати лікування порівняно з терапевтами, у яких були клієнти, які мали нижчі рівні культурного приховування.

Дані більшості досліджень факторів процесу психотерапії є різнорідними та суперечливими. Це є перешкодою для формулювання однозначних висновків про перелік цих факторів.

Перейдемо до розгляду досліджень, які стосуються другого блоку факторів – **факторів, пов’язаних з характеристиками пацієнта**.

Ці характеристики на сьогоднішній день вважаються більш важливим фактором ефективності психотерапії, ніж особливості застосовуваних методів. Розглянемо найбільш вивчені характеристики пацієнтів.

Діагноз та рівень тяжкості симптомів. За наявними даними (Mohr, 1995), вищий рівень негативного результату психотерапії спостерігається у пацієнтів з межовим та обсесивно-компульсивним розладом особистості.

За результатами багатьох досліджень (зокрема, McDermut & Zimmerman, 1998), результат психотерапії депресивних розладів погіршується у разі наявності коморбідної особистісної патології. Різні дані (Turner, 1987) отримано щодо впливу коморбідної особистісної патології на перебіг лікування тривожних розладів. Прогноз при лікуванні соціальної фобії погіршується за наявності шизотипового, межового чи унікаючого розладів; при гістрійонному ж розладі та залежності прогноз більш сприятливий. При наявності коморбідного особистісного розладу прогноз лікування обсесивно-компульсивного розладу значно погіршується (зокрема, Jenike, 1990).

Досліджувався також вплив на результат психотерапії рівня тяжкості симптомів. Високий рівень тяжкості симптомів депресії, а також порушення соціального функціонування виявилися предикторами невисокого результату лікування (Shapiro, Barkham, Rees et al., 1994). Було також доведено що при тяжких депресіях краще спрацьовує комбіноване лікування, яке поєднує медикаментозний компонент та психосоціальні інтервенції. Також рівень тяжкості перебігу захворювання виявився більш важливим предиктором ефекту лікування, ніж якість та обсяг лікування, у разі залежності від психоактивних речовин (McLellan, Alterman, Metzger et al., 1994). Було отримано цілу низку доказів того, що предиктором низького результату психотерапії є тяжкість симптомів при порушеннях соціального функціонування, депресії, нервовій булімії, обсесивно-компульсивному розладі, залежності від психоактивних речовин.

У одному з відомих досліджень лікування депресії (Sotsky, Glass, Shea et al., 1991) вивчались фактори ефективності, у тому числі, враховувалася специфіка застосовуваного методу лікування. Було встановлено, що в межах будь-якого з підходів (психодинамічного, когнітивно-поведінкового, медикаментозного лікування чи плацебо) на результат психотерапії впливають 6 факторів: рівень соціальних та когнітивних дисфункцій пацієнта, його очікування щодо лікування та 3 характеристики симптоматики: ендогенна депресія, подвійна депресія, тривалість поточного епізоду. Предикторами успішного лікування виявилися для інтерперсональної психодинамічної психотерапії – низький рівень соціальних дисфункцій; для когнітивно-біхевіоральної – когнітивних. При вищому рівні тяжкості

симптомів більш ефективною була комбінація медикаментів та психотерапії, менш ефективним було застосування лише одного з методів (або медикаментозного лікування, або психотерапії).

Соціодемографічні характеристики пацієнтів. І літні, і молоді люди долають психічні проблеми за допомогою психотерапії ефективніше. Тобто фактор віку істотно не впливає на результати психотерапії. Інколи лунають думки психотерапевтів-практиків про те, що психотерапія для літніх людей менш ефективна. Метааналіз, проведений саме стосовно цієї вікової групи (Scogin & McElreath, 1994), показав високу ефективність психотерапії у літніх людей, що страждають від депресії, причому приблизно однакову для когнітивно-поведінкової та психодинамічної психотерапії. Щоправда, незначна частина пацієнтів не виявила ознак істотного покращення як на початку психотерапії, так і через два роки, протягом яких лікування продовжувалося.

Не отримано переконливих даних стосовно істотного впливу факторів соціоекономічного положення та статті на ефективність психотерапії.

Особистісні характеристики пацієнта як фактор ефективності психотерапії досліджувались більше всього в межах психодинамічного підходу: вивчались такі параметри як «сила Его» та «психологічну розумність» (psychological mindedness).

Сила Его у психодинамічній традиції розглядається як характеристика, що презентує міру енергії Его в загальній кількості психічної енергії. Людина, у якої цей параметр представлений виразніше, відрізняється об'єктивністю в оцінці як оточуючого світу, так і себе, здатністю впевнено здійснювати та, за необхідності, змінювати свої вибори, скеровувати свої дії та життя загалом у обраному напрямі, протистояти тиску з боку оточення. О. Кернберг зі співавторами (Kernberg, Burstein, Coyne et al., 1972), а пізніше й інші дослідники (зокрема, Conte, Plutchik, Picard & Karasu, 1991) виявили зв'язок між показниками сили Его та успішності психотерапії. Щоправда, не в усіх дослідженнях, які ставили за мету перевірити цей зв'язок, він підтверджувався.

«Психологічна розумність», яка також часто поставала в центрі уваги дослідників ефективності психотерапії, являє собою здатність людини до рефлексії, самоаналізу, до розпізнавання психологічного змісту своїх дій та вчинків, розуміння емоцій, власних мотивів поведінки та мотивів інших людей, встановлення зв'язків між минулим та теперішнім. Тобто йдеться про міру доступності людині її власного досвіду, змісту переживань та інтересу до них.

Стосовно цього параметру отримані дані є досить суперечливими. На сьогоднішній день встановлено (Piper, Debbane, Bienvenu & Garant, 1984) зв'язок «психологічної розумності» з ефективністю групової психотерапії.

Також існують дані (Piper, McCallum & Azim, 1992), які свідчать на користь того, що ця здатність більш важлива для розкриваючої, а не підтримувальної психотерапії.

Blatt, Quinlan, Pilkonis & Shea (1995) встановили негативний вплив високого рівня перфекціонізму на результативність психотерапії.

Також серед досліджуваних особистісних факторів ефективності психотерапії виокремлюється фактор очікувань від психотерапії. У всякому разі, позитивні очікування під час проходження когнітивно-поведінкової психотерапії виявили прямий зв'язок з позитивним результатом (Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson, 1989).

Ще один вимір особистісних факторів ефективності психотерапії – це **характеристики міжособистісних стосунків пацієнта**. У цьому сегменті досліджень вивчаються історія міжособистісних стосунків, уявлення та вірування пацієнтів про інших людей, якість соціальної підтримки та особливості стосунків у соціальній мережі пацієнта.

До найбільш досліджуваних параметрів якості міжособистісних стосунків належить *стиль поведінки прив'язаності*, який був описаний J. Bowlby. Цей параметр очевидним чином пов'язаний з терапевтичними стосунками: адже психотерапія являє собою більш-менш тривалі стосунки, у яких виходять на перший план довіра, щирість, емоційне тепло, підтримка тощо. У тривалих стосунках прив'язаність тих чи інших рівня і якості формується та видозмінюється. Проте домінуючий тип прив'язаності значною мірою впливає на конфігурацію процесу психотерапії та на її результати. Meyer, Pilkonis, Proletti et al. (2001) показали, що пацієнти з надійним типом прив'язаності виявляють вищий рівень соціального функціонування і нижчий рівень симптомів. Надійна прив'язаність прямо пов'язана зі швидкістю формування та якістю робочого альянсу, а також з ефективністю психотерапії загалом. У той же час пацієнти з ненадійною прив'язаністю частіше виявляють резистентність до лікування, труднощі зі зверненням за допомогою та її прийняттям (Dozier, Lomax & Tyrrell, 1996).

Тим не менш, тип прив'язаності виявився характеристикою змінюваною. У пацієнтів з ненадійним типом прив'язаності у процесі психотерапії можуть спостерігатися значні зміни щодо робочого альянсу. Зокрема, описано (Diamond, Clarkin, Levine et al.) випадки значної динаміки протягом року від ненадійного стилю прив'язаності до надійного у пацієнтів з межовим розладом особистості.

Beutler, Moleiro, Malik & Harwood (2000) виокремили серед різних змінних шість найбільш значущих:

- 1) порушення соціального та когнітивного функціонування;
- 2) рівень суб'єктивного дистресу (внутрішній стан);

3) рівень соціальної підтримки (наявність природної системи соціальної підтримки та її позитивна оцінка пацієнтом);

4) складність (наявність коморбідних діагнозів) і хронічний характер розладу;

5) reactance – виразність опозиційної поведінки у ситуаціях приписів та рівень опору;

6) стиль подолання.

Слід зазначити, що при наявності у пацієнта особливостей, які є предикторами низького рівня ефективності психотерапії, тим не менш, не йдеться про протипоказання до психотерапії. У такому разі необхідними є комплексність та більша тривалість лікування.

Стосовно деяких змінних існують цікаві зв'язки. Зокрема, високий та середній рівні суб'єктивного дистресу є мотивуючими і дають підстави передбачати більш сприятливу відповідь на психотерапевтичні втручання. Опозиційність та опірність пацієнта часто пов'язані з низькою якістю робочого альянсу та гіршим відгуком на психотерапію.

Ще однією характеристикою міжособистісних стосунків, яка є важливою для психотерапії, є *соціальна підтримка*. Цей параметр визначають не лише на основі фактичної наявності осіб, які певним чином пов'язані з пацієнтом і можуть бути для нього джерелом підтримки, але й із врахуванням суб'єктивної оцінки пацієнтом задоволеності цією підтримкою. Емпіричних свідчень важливої ролі соціальної підтримки сьогодні досить багато. При цьому найбільш важливим аспектом є рівень суб'єктивно сприйнятої соціальної підтримки, яка є фактором попередження рецидивів та предиктором успіху терапії.

Ще одна велика група досліджень присвячена третьому блоку факторів – **факторів, пов'язаних з характеристиками психотерапевта**.

Вплив особистості психотерапевта на ефекти психотерапії обговорюється протягом тривалого часу. При цьому стоїть питання щодо розрізнення ефектів, пов'язаних із впливом особистості терапевта та ефектів, похідних від специфічної дії тих чи інших психотерапевтичних методів.

Демографічні характеристики психотерапевта, такі як стать та вік, вивчались у багатьох дослідженнях. Для вивчення впливу фактора статі Bowman, Scogin, Floyd & McKendree-Smith (2001) було проведено метааналіз, який продемонстрував, що психотерапевти-жінки здійснюють психотерапію успішніше, ніж психотерапевти-чоловіки: отриманий розмір ефекту дорівнював 0,4. Проте в інших дослідженнях цей висновок не підтвердився, тому вплив цього фактора на ефективність психотерапії є сумнівним.

Щодо впливу віку на результати психотерапії переконливих результатів не виявлено, причому це вірно і стосовно віку психотерапевта самого по собі, і стосовно віку психотерапевта по відношенню до віку клієнта. Єдиний факт,

який було відкрито (Besk, 1988), такий: психотерапевти, які на 10 і більше років молодші за своїх клієнтів, виявляють набагато нижчі результати психотерапевтичної роботи, ніж психотерапевти, чії клієнти були одного віку з ними.

Вплив професійного досвіду та типу фахової підготовки. Цікавим і важливим для психотерапевтів з психологічною освітою є отриманий у дослідженні Інституту психічного здоров'я США. У ньому було продемонстровано невелику перевагу в ефективності психологів, які займаються психотерапією, у порівнянні з психіатрами-психотерапевтами. Виявлена сила ефекту дорівнювала 0,28. Крім того, було встановлено, що незалежно від професійної приналежності, кращі результати демонстрували фахівці, які не прописували медикаментозне лікування, а у своєму ставленні до лікування депресій надавали перевагу психологічним чинникам. Сила ефекту була в середньому 0,48.

Для осіб, що перенесли важкий травматичний стрес, ефективнішою, ніж лікування у психотерапевта, виявилась система природньої підтримки (Bisson, Jenkins, Alexander & Bannister, 1997). Тобто показання для роботи з психотерапевтом є точно виправданими лише у випадку відсутності надійних родинних зв'язків чи зв'язків з ширшою соціальною мережею, за наявності ж таких зв'язків рішення про надання психотерапевтичних послуг може бути іншим.

Питання про значення досвідченості психотерапевта для результативності психотерапії активно досліджується. Слід зазначити, що свого часу були отримані й дані (Zielke, 1979) на користь не надто значної ролі фактора досвіду: було встановлено, що навіть непрофесійні психотерапевти, які не мають психологічної та медичної освіти, пройшовши інтенсивний терапевтичний тренінг з розмовної психотерапії, здатні успішно допомагати пацієнтам зі складними психічними проблемами. Проте дані, отримані пізніше (Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis, 1996), суперечили такому висновку, демонструючи перевагу психотерапевтів з більшим досвідом.

Крім того, було виявлено (Beutler, Moleiro, Malik & Harwood, 2000), що обсяг спеціальної підготовки, наприклад тренінгу, що стосується конкретного виду терапії за певним протоколом чи схемою, істотно не впливає на ефективність роботи психотерапевта, у той час як досвід – впливає позитивно.

Стиль спілкування психотерапевта – ще один фактор, який досліджується у контексті факторів ефективності психотерапії. Результати численних досліджень (Horvath & Greenberg, 1986, Thompson & Hill, 1993) свідчать про позитивний вплив на ефективність дружнього та доброзичливого стилю спілкування, а також високого рівня вербальної активності психотерапевта, його здатності пропонувати нові релевантні теми для обговорення за умови готовності клієнта до таких пропозицій.

Вчені довго шукали той набір особистісних характеристик психотерапевта, який є відповідним цілям ефективної психотерапії. Тим не менш, жодна з рис, які підлягали вивченню, за отриманими даними, не впливає на результат психотерапії. Більше того, у підсумку було висловлено припущення, що одні й ті самі психотерапевти можуть бути ефективними з одними категоріями пацієнтів і малоефективними – з іншими категоріями.

Однак було встановлено негативний зв'язок між наявністю психологічних проблем психотерапевта і ефективністю психотерапії. Зокрема, отримано дані (McCarthy & Frieze, 1999) про те, що рівень емоційного вигорання психотерапевта негативно пов'язаний з його оцінкою результату психотерапії. Такий параметр, як впевненість психотерапевта, виявився значущим, особливо, для перших сесій, та відповідним за утримання пацієнта в терапії (McGuff, Gitlin & Enderlin, 1996). Також отримано дані (Williams & Chambless, 1990), що найкращі показники ефективності зафіксовано у тих клієнтів, які оцінювали рівень впевненості своїх психотерапевтів як високий. Але виявлений зв'язок виявився опосередкованим іншим фактором – самооцінкою клієнта (Talley, Strupp & Morey, 1990).

ПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ

1. Коли відбулись перші дослідження психотерапії?
2. Розкажіть про метааналіз досліджень психотерапії 1975 р. Якими були його головні результати?
3. Якими були головні результати метааналізу К. Граве зі співробітниками? Що змінилось у поглядах на ефективність психотерапії після публікації результатів цього метааналізу?
4. Опишіть риси, які відрізняють сучасні дослідження психотерапії від перших її досліджень.
5. На які питання відбувається пошук відповідей у сучасних дослідженнях ефективності психотерапії?
6. Які фактори, пов'язані з процесом психотерапії та такі, що впливають на остаточні результати психотерапії, найчастіше вивчаються у сучасних дослідженнях?
7. Дані останніх досліджень підтверджують чи спростовують ідею стосовно того, що терапевтичний альянс може бути встановлений лише в умовах «живого» особистого спілкування?
8. Назвіть фактори, пов'язані з процесом психотерапії, які вивчаються у сучасних дослідженнях.

9. Назвіть фактори, пов'язані з характеристиками пацієнта, які вивчаються у сучасних дослідженнях.
10. Назвіть фактори, пов'язані з характеристиками психотерапевта, які вивчаються у сучасних дослідженнях.

ПІСЛЯМОВА

Отже, постнекласичному етапу розвитку науки знаходимо відповідники як у психотерапевтичній практиці, так і у особливостях її дослідження.

Практика несе на собі відбиток конструкціоністських ідей: це виявляється як у появі повністю нових напрямів, так і у розвитку вже існуючих психотерапевтичних підходів. Клієнт психотерапевта все менше бачиться як такий, що потребує виявлення заданої з самого народження чи першими роками життя сутності. У сучасних психотерапевтичних підходах до нього все частіше ставляться як до такого, що знаходиться у розвитку та обирає напрямок цього розвитку. Іншими словами, у психотерапії відбувається перехід від потенціалізму до екзистенціалізму: під «потенціалізмом» розуміється комплекс ідей та відповідних професійних позицій, які зводять розвиток людини до розгортання вроджених потенцій, закладених на біологічному рівні; екзистенціалістська ж позиція постулює, що людина сама робить вибір напрямку розвитку.

Тобто перша важлива позиція, яка відрізняє психотерапію у постнекласичній парадигмі, пов'язана із вбачанням у клієнті можливостей розвитку. Більше того, розвиток постулюється необхідним атрибутом особистості клієнта, крізь призму якого необхідно вибудовувати психотерапевтичну взаємодію та стратегії допомоги.

Друга важлива позиція значною мірою пов'язана з першою та посилює її звучання у особистісному й соціальному контексті. Вона стосується вбачання у клієнті можливостей конструювання як власної особистості, так і соціальної дійсності. Тобто йдеться не лише про здатність клієнта до вибору напрямку свого розвитку, але й про активне конструювання й реконструювання своєї особистості та, у ширшому масштабі – соціальної дійсності.

Наукові дослідження психотерапії на сучасному етапі розвитку науки також набули нових рис. Причому ці риси не лише відображають ускладнення та диференціацію дослідницьких методів, врахування більшої кількості чинників, що можуть впливати на результати, але й прямо пов'язані з сучасним поглядом на особистість та на особливості сучасної психотерапії.

Тому нинішній випускник факультету психології як у своїй практичній діяльності, так і у проведенні наукових досліджень має спиратись на сучасні надбання у відповідних галузях та враховувати тенденції їх розвитку. Інакше він відтворюватиме застарілі практики, які не можуть «вловити» сучасну

особистість та відображають лише певні її аспекти, ізольоване вивчення яких з неминучістю призводитиме до помилок інтерпретації.

Однойменна з назвою посібника дисципліна викладається в аспірантурі факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Але аспекти, розглянуті у посібнику, нині важливі не лише для науковців, але й для практиків. Поряд з шануванням класики нам конче необхідне орієнтування в сьогоденні та повага до нього.

Залишаймося сучасними, дорогі колеги!

Список використаних джерел

- Айзенк Г. Дж. (1994). Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии. *Психологический журнал*, 14(4), 3-19.
- Арнтц А. & Якоб Г. (2016). *Практическое руководство по схематерапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах*. Москва : Научный мир.
- Вацлавик, П. (1998). Конструирование клинических “реальностей”. Дж.К. Зейг (Ред.) *Эволюция психотерапии. Т. 1.* (272-282). Москва: Независимая фирма “Класс”.
- Вермюлен, Т. & Аккер Р. (2022). *Что такое метамодернизм?* Режим доступа: <https://dvoetochie.wordpress.com/2014/06/19/metamodernism/>
- Гребенюк, А. (2022). *Метамодернизм в психологии или возвращение из игры в реальную жизнь*. Режим доступа: <http://metamodernizm.ru/метамодернизм-в-психологии/>
- Гусельцева, М. С. (2005). Постнеклассическая рациональность в культурной психологии. *Психологический журнал*, 26(6), 5-15.
- Завьялов, В. Ю. (2022). *Полимодальная психотерапия и дианализ*. Режим доступа: <http://www.dianalyz.ru/newdia/Diatriba/PMP&D.html>.
- Климчук, В. О. (2015). *Мотиваційний дискурс особистості: на шляху до соціальної психології мотивації : монографія*. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка.
- Ключко, В.Е. (2008). Постнеклассическая наука и проблема объяснения в психологии. *Методология и история психологии*, 3 (1), 165-178.
- Ковпак, Д.В. (2016). Использование “третьей” волны когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении и профилактике суицидального поведения. *Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: I научно-практическая конференция: сборник научных статей*. (г. Санкт-Петербург, 3 ноября 2016 г.). (с. 44-64). Санкт-Петербург: СИНЭЛ.
- Кочубейник, О. М. (2010). Автентичність особистості у її життєвому світі: модуси, процеси, статуси. К. : Видавництво Національного педагогічного університету ім. П. М. Драгоманова.
- Крупельницькая, Л.Ф. (2020). Критические замечания по использованию практик безоценочного осознания. *Психологическое здоровье в контексте развития личности: материалы Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием* (г. Брест, 12 февраля 2020 г.). (100-103). Брест : БрГУ, 100-103.
- Крупельницька, Л. Ф. (2019). Екологічна реорганізація як технологічна складова психологічного консультування та психотерапії. Тавровецька Н. І. (Ред.). *Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія* (сс. 9-69). Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В. С.
- Крупельницька, Л. Ф. (2020). Постнекласична раціональність в теорії і практиці психології. Волженцева І.В. (Ред.). *Психологічна безпека особистості : міжнар. колектив. монографія* (сс. 342-363). Переяслав-

Хмельниц. держ. пед. ун-т ім. Григорія Сковороди ; Брест. держ. ун-т ім. О. С. Пушкіна, Переяслав (Київська обл.) : Домбровська Я. М. ; Брест : БрДУ.

Лайнен, М.М. (2008). *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности*. Москва: ООО “И. Д. Вильямс”.

Лаутербах, В. (1995). Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки. *Психотерапия. От теории к практике. Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации*. (г. Москва, 1994 г.). (28-41). Санкт-Петербург: Изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

Леонтьев, Д. А. (2007). Неклассический вектор в современной психологии. Журавлев А. Л., Юревич А. В. (Ред.) *Теория и методология психологии: Постнеклассическая перспектива* (сс. 74-94). Москва : Изд-во “Институт психологии РАН”.

Леонтьев, Д. А. (2018). Синергетика и личность: к неравновесной персонологии. *Методология и история психологии*, 3. 96–104.

Степин, В. С. (1999). *Теоретическое знание*. Москва : Прогресс-Традиция.

Малкина-Пых, И. Г. (2005). *Экстремальные ситуации*. Москва : Изд-во Эксмо.

Метакогнитивная терапия. (2022). Режим доступа: <http://mindfulnesstherapy.ru/blog/metakognitivnaya-psihoterapiya>.

Татенко, В. О. (2009). *Сучасна психологія: теоретично-методологічні проблеми : навч. посіб.* Київ : Вид-во Нац. авіац. ун-ту “НАУ-друк”.

Титаренко, Т. М., Кочубейник, К. О. & Черемних, К. О. (2014). *Психологічні практики конструювання життя в умовах постмодерної реальності: монографія*. Київ : Міленіум.

Теплых, Д. А. (2006). Концепции предметности психологии в контексте типов научной рациональности. *Методология и история психологии*, 1(1), 85-99.

Фурман, А. В. (2012). Методологічне обґрунтування багаторівневості парадигмальних досліджень у соціальній психології. *Психологія і суспільство*, 4, 78-125.

Холмогорова, А. Б., Гаранян, Н. Г., Никитина, И. В. & Пуговкина, О. Д. (2009). Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 1. *Социальная и клиническая психиатрия*, 3 (19), 92-100.

Холмогорова, А. Б., Гаранян, Н. Г., Никитина, И. В. & Пуговкина, О. Д. (2010). Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 2. *Социальная и клиническая психиатрия*, 1(20), 70-79.

Шапиро, Ф. (1998). *Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры*. Москва : Независимая фирма “Класс”.

Щербина, Л. Ф. (2012). *Метатеоретичне мислення психотерапевта: модель, дослідження, програма розвитку*. Київ : “Геопринт”.

Abramson, S. (2022). Ten Basic Principles of Metamodernism. URL: http://www.huffingtonpost.com/seth-abramson/ten-key-principles-in-met_b_7143202.html

Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive behavioral therapy for depression. *Cogn. Therapy Res.*, 24, 313–326.

Addis, M. E. & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologist's attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *J. Consulting Clin. Psychol.*, 68 (2), 331–339. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.331>

Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.). *Inquiries in social construction. Therapy as social construction* (pp. 25-39). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Andrews, G. A. (1983). A treatment outline for depressive disorders: The Quality Assurance Project. *Austr. NZ J. Psychiatry*, 17, 129–146. <https://doi.org/10.3109/00048678309159997>.

Batmaz, S. (2014). The Conceptual Foundations of Metacognitive Therapy. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 3, 11-17.

Beck, D.F. (1988). *Counselor characteristics: How they affect outcomes*. Milwaukee, WI: Family Service of America.

Beutler, L. E., Clarkin, J. F. & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M. & Harwood, T. M. (2000, June). The UC Santa Barbara Study of fitting therapy to patients: First results. A paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research (international), Chicago, Ill.

Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J. & Bannister, C. A. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br. J. Psychiatry*, 171 (1), 78–81. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.1.78>.

Blatner, A. (2022). The Implications of Postmodernism URL: <http://www.blatner.com/adam/level2/pmod.html>.

Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 125–132. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.1.125>.

Blatt, S. J., Sanislow, C. A. Zuroff, D. C. & Pilkonis, P.A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1276-1284.

Bowman, D. G., Scogin, F., Floyd, M. & McKendree-Smith, N. (2001). Effect of therapist sex on outcome of psychotherapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 38(1), 42-148.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W. & Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of general psychiatry*, 51(12), 989-997.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Beutler, L. E. (Eds.). (2019). *Principles of change: How psychotherapists implement research in practice*. Oxford University Press.

Conte, H. R., Plutchik, R., Picard, S. & Karasu, T. B. (1991). Can personality traits predict psychotherapy outcome? *Comprehensive psychiatry*, 32(1), 66-72. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(91\)90071-J](https://doi.org/10.1016/0010-440X(91)90071-J)

Dozier, M., Lomax, L. & Tyrrell, C. (1996). Psychotherapy's challenge for adults using deactivating attachment strategies. Manuscript, University of Delaware.

Drinane, J. M., Owen, J. & Tao, K. W. (2018). Cultural concealment and therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 239-246. <https://doi:10.1037/cou0000246>

Elkins, D. N. Toward a Common Focus in Psychotherapy Research. *Psychotherapy*, 49(4), 450–454.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *J. Consult. Psychol*, 16 (5), 319–324.

Fox, R. (2017). *Research in Psychotherapy*. Routledge.

Gaston L., Marmar C. R., Gallagher D. & Thompson L. W. (1989). Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral cognitive, and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 296–302.

Gehard, D. R. (2015). Postmodern and Feminist Counselling Approaches. In: *Case Documentation in Counselling and Psychotherapy*. CA: Cengage Learning, Inc., 439-492.

Gergen, K. J. (2009). The problem of prejudice in plural worlds. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 29(2), 97–101. <https://doi.org/10.1037/a0017817>.

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658. <https://doi:10.1001/archpsyc.63.6.649>.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of affective disorders*, 49(1), 59-72.

Grawe, K. (1998). *Psychologische therapie [Psychological therapy]*. Göttingen: Verlag für Psychologie.

Grissom, R. J. (1996). The magical number 7 ± 2 : Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 973–982. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.973>.

Gross, A. C. & Fox, E. J. (2009). Relational frame theory: an overview of the controversy. *The Analysis of verbal behavior*, 25(1), 87–98. <https://doi.org/10.1007/BF03393073>.

Hargaden, H. & Sills S. (2002). Transactional analysis: a relational perspective. New York.

Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F. & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: mediators of therapists' responses to training. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(3), 441. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.441>.

Hill, C. E. & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. (pp. 84–135). New York: John Wiley & Sons.

Horvath, A. O. & Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance` Inventory. L.S.Greenberg, W.M.Pinsof (Eds.). *The psychotherapeutic process*. New York: Guilford Press.

Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American psychologist*, 41(2), 159.

Jenike, M. A. (1990). Approaches to the patient with treatment-refractory obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51(2, Suppl), 15–21.

Joiner T. Mindlessness: *The corruption of mindfulness in a culture of narcissism*. Oxford: Oxford University Press, 2017.

Kernberg, O. F., Burstein, E. D., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L. & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36(1), 1-277.

Klein, D. F. (2000). Flawed meta-analyses comparing psychotherapy with pharmacotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1204-1211. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1204>.

Lambert, M. J., Hansen, N. B. & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(2), 159-172.

Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed (pp. 139–193). New York : John Wiley & Sons.

Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Jama*, 300(13), 1551-1565. [doi:10.1001/jama.300.13.1551](https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551).

Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American psychologist*, 48(12), 1181–1209. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.12.1181>.

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of general psychiatry*, 32 (8), 995-1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004.

Mahoney, M. J. (2004). [Review of the book *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology*, by J. D. Raskin & S. K. Bridges, Eds.]. *Contemporary Psychology*, 49(3), 360–363. <https://doi.org/10.1037/004362>.

Manicavasgar, V., Parker, G. & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 138-144. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.027>.

Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>.

McCarthy, W. C. & Frieze, I. H. (1999). Negative aspects of therapy: Client perceptions of therapists' social influence, burnout, and quality of care. *Journal of Social issues*, 55(1), 33-50. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00103>.

McDermut, W., & Zimmerman, M. (1998). The effect of personality disorders on outcome in the treatment of depression. *Mood & anxiety disorders*, 321-338.

McGuff, R., Gitlin, D. & Enderlin, M. (1996). Clients' and therapists' confidence and attendance at planned individual therapy sessions. *Psychological Reports*, 79(2), 537-538. <https://doi.org/10.2466/pr0.1996.79.2.537>.

McLellan, A. T., Chalk, M. & Bartlett, J. (2007). Outcomes, performance, and quality—What's the difference? *Journal of substance abuse treatment*, 32(4), 331-340. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.09.004>.

McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. S., Grissom, G. R., Woody, G. E., Luborsky, L. & O'Brien, C. P. (1997). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services. In G. A. Marlatt & G. R. VandenBos (Eds.), *Addictive behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment* (pp. 718–758). (Reprinted from the "Journal of Consulting and Clinical Psychology," 62, 1994, pp. 1141–1158) American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10248-028>.

McNeilly, C. L. & Howard, K. I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy research*, 1(1), 74-78. <https://doi.org/10.1080/10503309112331334081>.

Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in Psychotherapy*. Aldine Transaction.

Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L. & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course.

Journal of personality disorders, 15(5), 371-389.
<https://doi.org/10.1521/pedi.15.5.371.19200>.

Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(1), 1-27.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x>.

Najavits, L. M., & Gunderson, J. G. (1995). Better than expected: improvements in borderline personality disorder in a 3-year prospective outcome study. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4), 296-302. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(95\)90075-6](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90075-6).

Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist Psychotherapy*. New York : Routledge.

Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J. P. & Garant, J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 268–279. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.2.268>.

Piper, W. E., McCallum, M. & Azim, H. F. A. (1992). *Adaptation to loss through short-term group psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Raskin, J. D. (2002). Constructivism in psychology: Personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism. J. D. Raskin & S. K. Bridges (Eds.) *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology* (1-25). New York: Pace University Press.

Robinson, L. A., Berman, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological bulletin*, 108(1), 30-49.

Scogin, F., Floyd, M., Jamison, C., Ackerson, J., Landreville, P. & Bissonnette, L. (1996). Negative outcomes: what is the evidence on self-administered treatments? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1086-1089. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.1086>.

Scogin, F. & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 69–74. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.69>.

Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S. & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 522–534. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.522>.

Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581–604. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.581>.

Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G. & Reid, C. (2020). Videotherapy and Therapeutic Alliance in the Age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.2521.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A. & Collins, J. F. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 997–1008. doi:10.1176/ajp.148.8.997
- Stefan, R., Mantl, G., Höfner, C., Stammer, J., Hochgerner, M. & Petersdorfer, K. (2021). Remote Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic. Experiences With the Transition and the Therapeutic Relationship. A Longitudinal Mixed-Methods Study. *Frontiers in psychology*. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.743430.
- Steinbrueck, S. M., Maxwell, S. E. & Howard, G. S. (1983). A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6), 856–863. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.6.856>
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 942–948. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.942>
- Talley, P. F., Strupp, H. H. & Morey, L. C. (1990). Matchmaking in psychotherapy: Patient-therapist dimensions and their impact on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2), 182–188. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.2.182>.
- Thompson, B. & Hill, C. (1993). Client perceptions of therapist competence. *Psychotherapy Research*, 3(2), 124–130. <https://doi.org/10.1080/10503309312331333729>.
- Turner, R. M. (1987). The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction. *Journal of Personality Disorders*, 1(2), 136–143. <https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.2.136>.
- Wedding D. & Corsini R. J. (2019). *Current Psychotherapies, Eleventh edition*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Co.
- Wells, A. (2013). Advances in Metacognitive Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 186–201. doi:10.1521/ijct.2013.6.2.186.
- Williams, K. E. & Chambless, D. L. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21(1), 111–116. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80192-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80192-3)
- Young, J. E., Klosko, S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York : Guilford.
- Zielke, M. (1979). *Laienpsychotherapeuten in der klientenzentrierten Psychotherapie*. Salzburg: Otto Müller.

Навчальне видання

КРУПЕЛЬНИЦЬКА Людмила Францівна

ПСИХОТЕРАПІЯ У ПОСТНЕКЛАСИЧНІЙ ПАРАДИГМІ

Навчальний посібник

На обкладинці використано репродукцію картини Ремедіос Варо «Поклик»