

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ УКРАЇНИ

«КИЇВСЬКИЙ ПОЛІТЕХНІЧНИЙ ІНСТИТУТ

імені ІГОРЯ СІКОРСЬКОГО»

**ВВЕДЕННЯ В ПСИХОЛОГІЧНЕ
КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЮ**

Методичні рекомендації для підготовки

до семінарських занять

*Рекомендовано Методичною радою КПІ ім. Ігоря Сікорського
як навчальний посібник для студентів першого (бакалаврського) рівня вищої
освіти за всіма спеціальностями та всіма освітніми програмами*

Укладач: О.А. Карачинський

Електронне мережеве навчальне видання

КИЇВ

КПІ ІМ. ІГОРЯ СІКОРСЬКОГО

2026

Укладач: Карачинський Олексій Аркадійович, канд. психол. наук,
старший викладач

Рецензент Блохіна Ірина Олександрівна, канд. психол. наук, доцент

Відповідальний Богачев Роман Михайлович, к. філос. н., доцент
редактор

*Гриф надано Методичною радою КПІ ім. Ігоря Сікорського (протокол №5 від 05.03.2025 р.)
за поданням вченої ради факультету соціології і права (протокол №9 від 26.02.2026 року.)*

Введення в психологічне консультування та психотерапію: Методичні рекомендації для підготовки до семінарських занять [Електронний ресурс]: навч. посіб. для здобувачів ступеня бакалавра за всіма спеціальностями та всіма освітніми програмами / КПІ ім. Ігоря Сікорського; уклад.: О.А. Карачинський— Електронні текстові дані (1 файл: 852 Кбайт). — Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2026. — 182 с.

Методичні рекомендації для підготовки до семінарських занять містять плани семінарських занять, мету, питання для поточного контролю, завдання для самостійної роботи. Роз'яснено теми семінарських занять, наведена основна додаткова література з дисципліни «Введення в психологічне консультування та психотерапію» для студентів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за всіма спеціальностями та всіма освітніми програмами. Визначені першоджерела, особливу увагу приділено теоретичним положенням, засвоєння яких допоможе вирішити складності під час підготовки студентів до семінарських занять.

© КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2026

ЗМІСТ

Вступ	5
Плани семінарських занять.	8
I. Психодинамічні напрями психотерапії.	8
Тема 1. Класичний (фройдівський) психоаналіз.	8
Тема 2. Юнгіанський аналіз.	15
Тема 3. Адлеріанська психотерапія.	25
Тема 4. Транзактний аналіз Еріка Берна.	38
II. Екзистенціально-гуманістичні напрями психотерапії.	47
Тема 5. Екзистенціальна психотерапія.	47
Тема 6. Логотерапія Віктора Франкла.	55
Тема 7. Клієнт-центрована терапія Карла Роджерса.	62
Тема 8. Гештальт-терапія Фредеріка Перлза.	68
Тема 9. Дазайн-аналіз Людвіга Бінсвангера.	77
III. Когнітивно-біхевіоральний напрям.	88
Тема 10. Біхевіоральна психотерапія Дж. Уотсона та Б. Ф. Скіннера.	88
Тема 11. Раціонально-емотивна поведінкова терапія Альберта Елліса.	97
Тема 12. Когнітивна терапія Аарона Бека.	108
Тема 13. Терапія реальністю Вільяма Глассера.	121
IV. Напрями психотерапії доби постмодерну.	128
Тема 14. Діалектична біхевіоральна терапія Марші Лінехан.	129
Тема 15. Тілесно-орієнтовані методи терапії.	135
Тема 16. Mindfulness терапія.	142
Тема 17. Схема-терапія Джеффри Янга.	149
Тема 18. Десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR).	156
Завдання для самостійної роботи здобувачів вищої освіти за семінарськими заняттями.	163
Список рекомендованої літератури.	169
ДОДАТОК 1. Перелік питань на модульну контрольну роботу.	173

ДОДАТОК 2. Перелік питань на залік.	179
-------------------------------------	-----

ВСТУП

Навчальна дисципліна «Введення в психологічне консультування та психотерапію» передбачає теоретичне і практичне визначення концептуальних засад і методологічних принципів психологічного консультування та психотерапії; ознайомлення з класичними та сучасними підходами до практики психологічного консультування та психотерапії; формування морально-етичних норм і відповідальності та ключових професійних компетенцій, адекватних сучасним умовам.

Мета дисципліни «Введення в психологічне консультування та психотерапію» полягає у створенні умов для засвоєння студентами цілісної системи знань на основі наукового підходу до практики психологічного консультування та психотерапії; в ознайомленні з основними параметрами процесу консультування: умовами, структурою, ефектами і результатами; у придбанні базових умінь і навичок, необхідних консультантові в практичній діяльності.

Предметом дисципліни «Введення в психологічне консультування та психотерапію» є широке коло психологічних проблем людей, які не мають глибоких клінічних порушень, що включає:

1. Наслідки психологічної травми

- ПТСР
- Гострий стресовий розлад
- Тригери
- Флешбеки
- Провина вцілілого
- Розлади адаптації

2. Фобії

- Клаустрофобія
- Агорафобія
- Інсектофобія
- Акрофобія та ін.

3. Міжособистісні проблеми

- Дитячо-батьківські проблеми
- Партнерські проблеми
- Конфлікти
- Комунікаційні проблеми
- Шлюбна медіація

4. Залежності

- Алкогольна залежність
- Наркотична залежність
- Емоційна залежність
- Тютюнова залежність
- Лудоманія

5. Інші проблеми:

- Втрата смислів
- Депресія
- Провина
- Синдром емоційного вигорання
- Втрата мотивації
- Сором
- Стрес
- Перфекціонізм
- Нав'язливі думки
- Обсесивно-компульсивний розлад
- Панічні атаки
- Розлади сну

Завданням вивчення дисципліни «Введення в психологічне консультування та психотерапію» є теоретична та практична підготовка студентів фаху з питань:

- знайомство з основними теоретичними уявленнями про психологічне консультування і психотерапію;
- оволодіння понятійним і термінологічним апаратом дисципліни;
- знайомство з основними напрямками психотерапії, включаючи психодинамічні, екзистенціально-гуманістичні, когнітивно-біхевіоральні підходи, а також сучасні постмодерністські напрями;
- формування комплексного розуміння теорій, методів і практик у сфері психологічного консультування та психотерапії;
- знайомство з професійними вимогами, що висуваються консультанту;
- вивчення тілесних методів, прийомів і технік психологічної роботи.

Завершивши вивчення навчальної дисципліни «Введення в психологічне консультування та психотерапію» студенти повинні продемонструвати такі результати навчання:

- оволодіння фундаментальними теоретичними знаннями з психологічного консультування та психотерапії;
- здатність використовувати понятійний і термінологічний апарат дисципліни;
- вміння аналізувати основні напрями психотерапії, включаючи психодинамічні, екзистенціально-гуманістичні, когнітивно-біхевіоральні підходи, а також сучасні постмодерністські напрями;
- оволодіння комплексного розуміння теорій, методів і практик у сфері психологічного консультування та психотерапії;
- усвідомлення професійних вимог, що висуваються до консультанта;
- оволодіння знаннями і навичками застосування тілесних методів, прийомів і технік у психологічній роботі.

ПЛАНІ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ І МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

І. ПСИХОДИНАМІЧНІ НАПРЯМИ ПСИХОТЕРАПІЇ.

ТЕМА 1. КЛАСИЧНИЙ (ФРОЙДІВСЬКИЙ) ПСИХОАНАЛІЗ.

Метою семінарського заняття є ознайомлення студентів з основами класичного психоаналізу Зигмунда Фрейда, його теорією особистості, основними методами терапії, а також розвинути навички критичного аналізу психоаналітичного підходу у сучасному контексті.

Основні поняття: психоаналіз, несвідоме, свідоме, Ід, Его, Супер-Его, вільні асоціації, інтерпретація снів, опір, перенесення, контрперенесення, психоаналітична терапія.

План

1. Історичний розвиток класичного психоаналізу: основні етапи становлення методу, вплив Зигмунда Фрейда та його послідовників.
2. Теорія особистості в психоаналізі. Структура та динаміка психіки: концепція свідомого, несвідомого, Его, Ід і Супер-Его як основи психоаналітичної теорії.
3. Методи і техніки класичного психоаналізу: вільні асоціації, інтерпретація снів, аналіз опору.
4. Процес терапії, роль терапевта і клієнта у психоаналізі: перенесення та контрперенесення.
5. Критика та обмеження психоаналізу.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому* питанні розглядаються історичні етапи розвитку класичного психоаналізу, який є однією з найвпливовіших теоретичних і терапевтичних систем у психології та психотерапії ХХ століття. Основи психоаналізу були закладені Зигмундом Фрейдом, який започаткував цю методологію як спосіб

розуміння глибинної структури психіки та механізмів психологічних розладів. Розвиток психоаналізу можна поділити на кілька ключових періодів, кожен із яких характеризується важливими теоретичними відкриттями та практичними застосуваннями.

Перший етап розвитку психоаналізу припадає на кінець XIX – початок XX століття. У цей період Фройд сформулював основні концепти, такі як несвідоме, механізми захисту, сексуальна енергія (лібідо), а також ввів метод вільних асоціацій як засіб дослідження психічних процесів. Важливим етапом стало опублікування робіт «Тлумачення снів», де Фройд розкрив роль сновидінь як «дороги» до несвідомого. Психоаналіз тоді позиціонувався як наукова дисципліна, спрямована на вивчення глибинних мотивацій та конфліктів особистості (Крупельницька, 2018).

Другий етап пов'язаний із розширенням і систематизацією теоретичних положень психоаналізу, а також початком його практичного застосування у клінічній роботі. У цей період сформувалась теорія структури особистості, що включає поняття Ід, Его та Суперего, які описують взаємодію інстинктивних імпульсів, реальності та моралі (Глива, 2004). Фройд разом зі своїми учнями, серед яких виділяються Карл Юнг, Альфред Адлер, Анна Фройд, активно розробляли різні аспекти психоаналітичної теорії та методики терапії. Водночас цей період позначений початком внутрішніх теоретичних суперечок і формуванням численних напрямків, що інтерпретували основи психоаналізу по-своєму.

Третій етап відзначається поширенням психоаналізу у світовій психології, його впливом на розвиток психотерапевтичної практики, культурних і гуманітарних наук. Відомі представники класичного психоаналізу, такі як Анна Фройд, Мелані Кляйн, Дональд Вінікотт, внесли вагомий внесок у розвиток теорії розвитку особистості, дитячої психоаналізи та міжособистісних відносин. Психоаналіз трансформувався, адаптуючись до нових клінічних контекстів і теоретичних викликів, що дало початок різним сучасним психодинамічним підходам.

Вплив Зигмунда Фрейда і його послідовників на формування класичного психоаналізу є фундаментальним. Фрейд не лише створив базові концепції, але й заклав методологічні основи, які досі використовуються у психоаналітичній терапії. Послідовники Фрейда розвивали і модифікували ці ідеї, адаптуючи їх до нових викликів і наукових знань. Це дозволило психоаналізу залишатися живою і динамічною дисципліною, що впливає на розуміння психічних процесів і терапевтичну практику (Ковальова, 2024).

Отже, класичний психоаналіз пройшов складний і багатогранний шлях становлення, який включав початкове формування основних ідей Фрейда, систематизацію теорії і практики його учнями, а також подальшу адаптацію і розвиток у контексті світової психотерапевтичної спільноти. Цей історичний розвиток дає можливість краще розуміти не лише природу психоаналізу, але й його роль у сучасній психології та психотерапії.

У *другому* питанні розглядається теорія особистості в психоаналізі, яка є ключовою складовою психоаналітичної системи та пояснює структуру й динаміку психіки. Основи цієї теорії заклав Зигмунд Фрейд, запропонувавши поділ психіки на різні рівні свідомості і внутрішні структурні компоненти, що взаємодіють між собою, формуючи психічні процеси та поведінку людини.

Психоаналітична теорія особистості базується на трьох основних рівнях свідомості: свідоме, передсвідоме та несвідоме (Крупельницька, 2023). Свідоме включає всі психічні змісти, які людина безпосередньо усвідомлює в даний момент, тоді як передсвідоме містить інформацію, яка може бути легко активована й усвідомлена за потребою. Несвідоме ж — це найбільша і найважливіша частина психіки, де зберігаються заборонені, пригнічені бажання, спогади та конфлікти, що впливають на поведінку, але не є доступними для прямого усвідомлення.

Структурна модель особистості включає три основні компоненти: Ід, Его та Супер-Его (Фрейд, пер. з нім. П. Тарашук 1998). Ід представляє первісні інстинктивні імпульси, що керуються принципом задоволення і прагнуть негайного задоволення біологічних потреб і бажань. Воно є

джерелом психічної енергії — лібідо, і перебуває виключно в несвідомому. Его виконує функцію посередника між Ід, реальністю і Супер-Его, керуючись принципом реальності; воно прагне задовольнити бажання Ід таким чином, щоб уникнути негативних наслідків. Его містить як свідомі, так і несвідомі процеси і відіграє роль регулятора поведінки. Супер-Его формується під впливом соціальних норм, моральних установок і виховання, виступаючи внутрішнім критиком і джерелом моральних оцінок. Цей компонент особистості стримує імпульси Ід, контролює Его і спрямовує поведінку згідно з прийнятими у суспільстві нормами (Мушкевич, Чагарис, 2017).

Динаміка психіки в психоаналізі описує постійне протистояння і взаємодію між цими структурами, а також між свідомими й несвідомими процесами. Конфлікти між Ід, Его і Супер-Его створюють внутрішні напруги, які людина намагається розв'язати за допомогою різних захисних механізмів, таких як витіснення, проекція, раціоналізація тощо. Ці механізми є невід'ємною частиною психічного функціонування і допомагають зменшити тривогу, викликану конфліктами.

Таким чином, теорія особистості в психоаналізі пропонує цілісне бачення психіки як складної системи, де різні структури й рівні свідомості взаємодіють і визначають поведінку людини, її внутрішні переживання і психічне здоров'я. Це розуміння є фундаментом для діагностики та терапії в психоаналітичній практиці, оскільки дозволяє виявляти і опрацьовувати несвідомі конфлікти та моделі поведінки, що заважають адаптації та гармонійному розвитку особистості.

У *третьому* питанні розглядаються основні методи і техніки класичного психоаналізу, які стали фундаментальними для практики психоаналітичної терапії та сприяли глибокому розумінню внутрішнього світу людини. Ці методи були розроблені Зигмундом Фройдом і його послідовниками з метою дослідження несвідомого, виявлення прихованих конфліктів та сприяння їхньому усвідомленню й опрацюванню.

Однією з ключових технік є метод вільних асоціацій, який полягає в тому, що людина вільно висловлює всі думки, образи, спогади чи почуття, які виникають у неї без цензури чи самообмеження (Осадько, 2005). Цей процес дозволяє обійти свідомі механізми захисту і дати доступ до несвідомих матеріалів, які зазвичай залишаються прихованими. Терапевт уважно слухає і аналізує ці асоціації, шукаючи повторювані теми, символи та конфлікти, що можуть бути ключем до розуміння психологічних проблем клієнта.

Інтерпретація снів — ще один важливий метод, який Фройд вважав «шляхом до несвідомого» (Крупельницька, 2023). Сни розглядаються як прояви несвідомих бажань, страхів і конфліктів, зашифровані у символічній формі. Аналіз сновидінь дозволяє розшифрувати цей символізм, виявити приховані смисли та допомагає людині усвідомити неусвідомлені аспекти своєї психіки. Терапевт разом із клієнтом працює над розгадкою снів, звертаючи увагу на те, які емоції і конфлікти вони відображають.

Аналіз опору є ще однією ключовою технікою, що допомагає виявити психічні бар'єри, які клієнт неусвідомлено ставить на шляху до усвідомлення певних думок або почуттів. Опір може проявлятися у вигляді затримок, уникання тем, мовчання, змін у поведінці чи емоціях під час терапевтичної сесії. Виявлення і розуміння цих опорів дозволяє терапевту і клієнту спільно працювати над подоланням внутрішніх конфліктів і сприяє поступовому звільненню від психічних труднощів.

Таким чином, методи і техніки класичного психоаналізу спрямовані на глибоке дослідження внутрішнього світу людини, виявлення несвідомих процесів і створення умов для їх усвідомлення і трансформації. Вони залишаються важливими інструментами у психоаналітичній практиці та продовжують впливати на сучасні психотерапевтичні підходи.

У четвертому питанні розглядається процес психоаналітичної терапії, а також специфічні ролі терапевта і клієнта, які розгортаються в межах психоаналітичної взаємодії. Центральними поняттями у цьому контексті є перенесення та контрперенесення — явища, що виникають у терапевтичному

процесі й мають вирішальне значення для розуміння внутрішнього світу клієнта.

Психоаналітична терапія ґрунтується на встановленні стабільного аналітичного сетингу, де клієнт має змогу вільно висловлювати свої думки, фантазії, сни, переживання, тоді як терапевт зберігає нейтральну, приймаючу і водночас інтерпретуючу позицію. Від самого початку аналітична ситуація створює умови для появи перенесення — феномену, коли клієнт несвідомо переносить на терапевта почуття, бажання, страхи та установки, які формувалися у значущих ранніх стосунках, передусім із батьками. Через перенесення терапевт отримує доступ до глибинних схем стосунків клієнта, що дозволяє виявляти неусвідомлені конфлікти та повторювані патерни.

Інтерпретація перенесення є одним із головних механізмів змін у психоаналізі. Коли клієнт усвідомлює, що його реакції на терапевта мають свої корені в минулому досвіді, з'являється можливість змінити ці патерни. Перенесення може бути як позитивним (ідеалізація терапевта, довіра), так і негативним (агресія, підозра, ворожість), і в обох випадках воно є цінним матеріалом для аналітичної роботи.

Контрперенесення — це реакції самого терапевта на клієнта, які можуть мати як професійне, так і особисте походження. У класичному психоаналізі контрперенесення спершу вважалося перешкодою, однак згодом, особливо завдяки працям сучасних аналітиків, воно почало визнаватися важливим джерелом інформації про динаміку стосунків. Усвідомлене використання контрперенесення дозволяє терапевту глибше зрозуміти емоційний стан клієнта, а також виявити неусвідомлені аспекти їхньої взаємодії.

Процес терапії у психоаналізі часто є тривалим, глибоким і інтенсивним. Він вимагає від клієнта готовності зустрітися зі складними почуттями та спогадами, а від терапевта — здатності утримувати й аналітично обробляти перенесення й контрперенесення, дотримуючись етичної дистанції та професійної рефлексії.

Загалом, взаємодія терапевта і клієнта у психоаналітичному процесі є не лише контекстом для роботи з внутрішніми конфліктами, а й джерелом трансформаційного досвіду, який дозволяє змінити устрій психіки і побудувати нові, більш адаптивні способи переживання та стосунків.

У *п'ятому* питанні розглядається критика психоаналізу як теоретичної та практичної моделі, а також обмеження, які обумовлюють його застосування в сучасній психології. Незважаючи на значний внесок у розвиток психологічної науки, психоаналіз викликає низку запитань, що стосуються його науковості, емпіричної верифікованості, культурної обумовленості та практичної ефективності.

Однією з основних критичних позицій є недостатня емпірична перевірюваність психоаналітичних концепцій (Крупельницька, 2023). Багато постулатів психоаналізу — зокрема щодо несвідомого, витіснення, сексуального розвитку — важко або неможливо перевірити методами експериментальної психології. Це стало предметом критики з боку представників когнітивно-поведінкових підходів і наукової психології загалом, яка прагне до фальсифікованості теорій за критерієм К. Поппера.

Іншим важливим аспектом критики є надмірний акцент на сексуальності та ранньому дитячому досвіді. Зигмунд Фройд розглядав сексуальні потяги як центральні рушії розвитку особистості, що неодноразово піддавалося сумніву з боку як науковців, так і культурних критиків. Крім того, психоаналітична теорія була сформована в контексті європейського буржуазного суспільства початку XX століття, що зумовлює її обмежену культурну універсальність.

Психоаналіз також зазнає критики за складність, високу вартість і тривалість терапевтичного процесу. Класична психоаналітична терапія передбачає щонайменше кілька сесій на тиждень протягом багатьох років, що унеможливорює її застосування для широкого кола клієнтів. У зв'язку з цим виникли численні модифікації — від психоаналітично орієнтованої

психотерапії до короткострокових моделей, однак ці варіанти іноді втрачають глибину первинного підходу.

Разом з тим, слід зазначити, що психоаналіз продовжує розвиватися та адаптуватися. Нові напрями — такі як об'єктні відносини, самопсихологія, інтерсуб'єктивний психоаналіз — прагнуть поєднати глибину аналітичного мислення з відкритістю до діалогу з іншими психотерапевтичними школами. Попри наявність обмежень, психоаналіз зберігає свою значущість у розумінні складних внутрішніх процесів особистості та залишається впливовим напрямом у психології, психотерапії й гуманітарних науках.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 15, 16, 17, 21, 23, 27.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення класичного психоаналізу та опишіть основні етапи його історичного становлення.
2. Перерахуйте основні структурні елементи психіки за З. Фройдом та коротко охарактеризуйте їх функції.
3. Сформулюйте суть методів вільних асоціацій, інтерпретації снів та аналізу опору.
4. Розкрийте роль перенесення та контрперенесення у процесі психоаналітичної терапії.
5. Назвіть ключові зауваження критиків до теоретичних засад і практики класичного психоаналізу.

ТЕМА 2. ЮНГІАНСЬКИЙ АНАЛІЗ.

Метою семінарського заняття є ознайомлення студентів з основами юнгіанського аналізу як окремого напрямку аналітичної психології, сформованого Карлом Густавом Юнгом. Семінар має на меті розкрити

відмінності між класичним психоаналізом та юнгіанським підходом, дослідити ключові поняття юнгіанської теорії особистості, а також проаналізувати практичні аспекти терапевтичного процесу, включаючи роботу з архетипами, символами та колективним несвідомим.

Основні поняття: юнгіанський аналіз, колективне несвідоме, архетип, тінь, самість, аніма/анімус, індивідуація, ампліфікація, активна уява, символ.

План

1. Історичний розвиток юнгіанського аналізу: від Фрейда до Юнга.
2. Теорія особистості в юнгіанському аналізі: архетипи, тіні, самість, аніма та колективне несвідоме.
3. Методи та техніки юнгіанського аналізу: ампліфікація, робота з символами та активна уява.
4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у юнгіанському аналізі. Процес індивідуації.
5. Юнгіанський аналіз і сучасна культура: міфи, релігія, мистецтво. Критика та обмеження юнгіанського аналізу.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядаються витоки та етапи становлення юнгіанського аналізу як окремої психотерапевтичної школи, що постала в контексті розвитку психоаналітичної традиції, започаткованої Зигмундом Фрейдом. Юнгіанський аналіз – підхід, запропонований К. Г. Юнгом (1875-1961) – відрізняється від фрейдівського психоаналізу як за деякими теоретичними позиціями, що лежать в його основі, так і за певними характеристиками процесу психотерапії (Крупельницька, 2018).

Юнгіанський підхід, попри спільне коріння з класичним психоаналізом, від початку окреслював власну епістемологію, методологію та розуміння структури психіки, що врешті призвело до глибокого розходження між

Карлом Густавом Юнгом та Фройдом, і формування окремої аналітичної психології.

На ранньому етапі своєї професійної діяльності Юнг захоплювався працями Фрейда і був однією з ключових фігур у становленні психоаналітичного руху. З 1907 по 1912 рік між ними тривала інтенсивна співпраця, зокрема у рамках Міжнародної психоаналітичної асоціації, де Юнг певний час обіймав посаду її президента. Однак концептуальні розбіжності стали дедалі очевиднішими: тоді як Фройд наполягав на центральному значенні лібідо як сексуального потягу в динаміці несвідомого, Юнг пропонував розглядати лібідо як універсальну психічну енергію, що має ширший спектр проявів, зокрема культурних, духовних та символічних (Хомич, 2004).

Розрив між Фройдом і Юнгом відбувся не лише на рівні теоретичних засад, а й у підході до методу: юнгіанський аналіз змістив акцент з реконструкції дитячих переживань та витіснених потягів на дослідження архетипів, символів і процесів індивідуації — поступового становлення цілісного Я. У цьому контексті Юнг вводить поняття колективного несвідомого як найглибшого рівня психіки, який об'єднує людський досвід поза межами особистої біографії. Архетипи — універсальні образи і мотиви, що проявляються у снах, міфах, казках та культурах — стають ключовими аналітичними одиницями у юнгіанському підході (Крупельницька, 2023).

У подальшому Юнг розробляє низку концепцій, що склали основу аналітичної психології: це типологія психологічних установок (інтроверсія — екстраверсія), функції свідомості (мислення, почуття, відчуття, інтуїція), структура психіки (Я, Особистість, Тінь, Аніма/Анімус, Самість) та процес індивідуації як психічне завдання другої половини життя. Водночас аналітична робота орієнтується не лише на подолання симптомів, а на досягнення глибинного розуміння себе, відновлення зв'язку з несвідомим і внутрішнім світом символів.

Історично розвиток юнгіанського аналізу після смерті Юнга продовжувався у межах аналітичних спільнот у Європі, США, Латинській Америці та Азії. Було створено Міжнародну асоціацію аналітичної психології (IAAP), яка координує професійну підготовку юнгіанських аналітиків та науково-практичний розвиток напрямку. У другій половині XX століття юнгіанський аналіз зазнав низки інтерпретацій та диференціацій — зокрема розвиток отримали напрямки комплексної психології, архетипової психології (Джеймс Гіллман), символдрами, а також інтегративні підходи, що поєднують юнгіанське розуміння символів із сучасними нейронауковими та травматерапевтичними підходами.

Таким чином, історичний розвиток юнгіанського аналізу — це приклад еволюції психотерапевтичного мислення від редукціоністської моделі до символічно-екзистенційного бачення людини. Зміщення уваги від симптомоцентричної терапії до процесу цілісного становлення особистості засвідчує унікальність аналітичної психології у контексті сучасної психотерапевтичної практики.

Друге питання почніть з розгляду теорії особистості. Ця теорія має багаторівневу структуру і пропонує унікальну модель розуміння особистості, яка інтегрує як свідомі, так і несвідомі аспекти психіки, з особливою увагою до символів, архетипів та процесу індивідуації.

Центральним положенням юнгіанської теорії особистості є уявлення про те, що людська психіка складається з трьох основних рівнів: свідомого, особистого несвідомого і колективного несвідомого. Свідоме охоплює ті елементи досвіду, які людина усвідомлює у повсякденному житті. Особисте несвідоме включає витіснені, забуті або підсвідомі елементи власного життєвого досвіду. Колективне несвідоме — це найбільш глибинний рівень психіки, спільний для всього людства, який містить архетипічні структури.

Архетипи — це універсальні психічні структури або первинні образи, які формують основу колективного несвідомого. Вони проявляються через міфи, релігію, мистецтво, сні, фантазії, і впливають на поведінку, емоції та

сприйняття людини. Серед ключових архетипів у юнгіанській моделі особистості виділяють Тінь, Аніму/Анімуса, Самість та Персону (Крупельницька, 2023).

Тінь уособлює ті риси, імпульси та елементи психіки, які людина не приймає у собі й витісняє у несвідоме. Вона включає як негативні, так і позитивні якості, які суперечать свідомій уяві про себе. Зустріч із Тінню — важливий етап на шляху індивідуації, оскільки прийняття й інтеграція Тіні дозволяє особистості стати більш цілісною.

Аніма (жіночий архетип у психіці чоловіка) та Анімус (чоловічий архетип у психіці жінки) представляють несвідомі елементи протилежної статі, які впливають на емоційне життя, інтуїцію, міжособистісні стосунки та уявлення про любов і духовність. Робота з цими архетипами відкриває доступ до внутрішнього балансу й глибшого розуміння себе.

Самість є центральним архетипом юнгіанської психології, який символізує цілісність, гармонію й інтеграцію усіх частин психіки. Вона репрезентує потенціал особистості до повного розвитку і є кінцевою метою процесу індивідуації — внутрішньої трансформації, що веде до єдності свідомого й несвідомого.

Особистість у юнгіанській моделі не є фіксованою структурою, а постійно розвивається через діалог між внутрішніми психічними силами. Персона — ще один важливий елемент — є «маскою», яку людина одягає у соціальному світі. Вона дозволяє адаптуватися до суспільних очікувань, але водночас може стати джерелом відчуження, якщо надмірно ототожнюватися з нею (Магдисюк, 2022).

Таким чином, теорія особистості в юнгіанському аналізі ґрунтується на глибокому символічному і динамічному баченні психіки. Юнг описує особистість як живу систему, в якій кожен архетип має свою функцію, а процес психотерапії — це шлях до зустрічі з цими частинами себе, до інтеграції та зцілення. Такий підхід відкриває можливості не лише для

подолання симптомів, але й для екзистенційного зростання, усвідомлення сенсу й віднайдення внутрішньої опори.

Третє питання передбачає розгляд основних методів та технік, які використовуються в юнгіанському аналізі для роботи з несвідомим, зокрема ампліфікація, робота з символами та активна уява (Карачинський, 2019). Ці підходи відображають характерну для аналітичної психології увагу до глибинного змісту переживань, образів та фантазій, а також до процесу саморозкриття через творчий діалог зі своїм внутрішнім світом.

Юнгіанський аналіз, на відміну від класичної психоаналітичної традиції, не обмежується вербальною інтерпретацією змісту снів чи симптомів. Він тяжіє до символічного осмислення психіки та роботи з її архетипічними шарами. Основною метою аналізу є не лише розуміння витісненого, а й інтеграція несвідомого змісту в структуру Я, що передбачає більш творче, ніж раціональне, залучення до процесу.

Одним із характерних методів юнгіанського підходу є ампліфікація — техніка «розширення» значення символу або образу шляхом знаходження культурних, міфологічних, релігійних, художніх та історичних паралелей (Карачинський, 2019). Якщо в класичному аналізі символ інтерпретується через біографічний контекст, то в юнгіанському аналізі символ розглядається як багат шаровий і універсальний. Наприклад, образ води у сні може бути пов'язаний не лише з особистими асоціаціями, а й із глибинними уявленнями про підсвідоме, очищення, життєвий початок або небезпеку. Ампліфікація допомагає вийти за межі особистісного досвіду і виявити зв'язок індивідуального переживання з колективною символікою.

Іншим важливим методом є активна уява — процес свідомого занурення в уявний діалог з фігурами, образами або сценами, що виникають у снах, фантазіях чи внутрішніх візіях. Цей метод Юнг розробив як форму зустрічі з несвідомим, що не вимагає зовнішнього втручання, а базується на уважному ставленні до внутрішнього життя. У практиці активної уяви пацієнт може в уяві звернутись до фігури Тіні, Аніми чи іншого образу і вести з нею діалог

або спостерігати розвиток символічного сюжету. Це дозволяє отримати доступ до глибинного емоційного й символічного змісту, який не завжди доступний у повсякденному свідомому мисленні.

Особливе значення у юнгіанському аналізі має робота з символами — у снах, мистецтві, казках, тілесному досвіді або творчості. Символ, згідно з Юнгом, — це не знак з фіксованим значенням, а жива форма, що містить потенціал до нового розуміння. Робота з символами передбачає їхню інтерпретацію не лише через інтелектуальне осмислення, але й через тілесні відчуття, емоційний відгук і творчі реакції. Така робота може включати малювання, ліплення, запис снів, створення казок чи візуалізацій — усе це допомагає зробити невидиме видимим, а внутрішнє — доступним для трансформації.

Загалом методи юнгіанського аналізу мають спільну рису: вони орієнтовані не на усунення симптомів, а на поглиблене пізнання себе через символічну мову несвідомого. Цей підхід дозволяє не лише розуміти власні конфлікти, але й знаходити у них сенс і потенціал для зростання. Юнгіанські техніки підтримують процес індивідуації — рух до цілісності особистості, що включає прийняття всіх аспектів себе і виведення їх у свідоме життя.

У *четвертому питанні* розглядається процес юнгіанської терапії як глибинної взаємодії між аналітиком і клієнтом, у центрі якої перебуває не лише подолання симптомів чи адаптація до середовища, а передусім — рух до внутрішньої цілісності через процес індивідуації. Цей підхід ґрунтується на розумінні психіки як динамічної системи, в якій свідоме та несвідоме прагнуть до взаємодії та балансу, а сама терапія виступає як простір для усвідомлення, символічного осмислення і трансформації.

Процес терапії в юнгіанському аналізі зазвичай має відкриту структуру, тривалу динаміку та глибоку увагу до символіки, снів, уявлень і міжособистісних проєкцій. Однією з основних особливостей є те, що робота не обмежується усуненням конкретних симптомів чи поведінкових труднощів, а спрямована на глибинне пізнання себе та розкриття потенціалу

особистості. Відтак юнгіанський аналіз поєднує як діагностичну функцію, так і екзистенційну, символічну та творчу.

Важливу роль у терапії відіграє взаємодія між аналітиком і клієнтом, яка в юнгіанському підході розглядається не як односторонній процес лікування, а як діалог двох особистостей, де кожна сторона змінюється в межах безпечних професійних рамок. Терапевт не є всезнаючим експертом, а радше супутником, який допомагає клієнту побачити власні несвідомі тенденції, відкрити нові сенси у повторюваних образах, символах та внутрішніх конфліктах (Крупельницька, 2018). Терапевтичні стосунки розглядаються як простір переносу і контрпереносу, що дає змогу відчувати, прожити та трансформувати ранні емоційні патерни або стосункові травми.

Клієнт у юнгіанському аналізі виступає активним учасником процесу: він не лише описує симптоми, а залучається до самоспостереження, ведення сновидінь, роботи з творчими медіа (малюнками, текстами, фантазіями), дослідження внутрішніх фігур. Така форма участі передбачає поступову зміну ставлення до себе, своєї історії та власної тіні — несвідомих, витіснених чи небажаних аспектів психіки. У міру просування в терапії клієнт розвиває здатність до самоусвідомлення, саморефлексії та самопідтримки, що і є однією з головних цілей аналітичного процесу.

Центральним елементом у структурі юнгіанської терапії є процес індивідуації — внутрішній рух до цілісності, в межах якого особистість інтегрує різні аспекти своєї психіки, зокрема Тінь, Аніму/Анімуса, Персону та інші архетипічні структури. Індивідуація не є одномоментним актом, а триває протягом усього життя як глибинний духовно-психологічний шлях, у якому людина поступово відкриває справжнє Я (Самість) — центр цілісної особистості.

Юнг підкреслював, що індивідуація не є егоїстичним самозаглибленням, а навпаки — веде до глибшої відповідальності, усвідомленого існування та творчого діалогу з оточенням. На цьому шляху симптоми, кризи, повторювані

теми чи образи сприймаються як сигнали з несвідомого, що вказують на розрив внутрішнього зв'язку або потребу змін.

Завдяки такому підходу юнгіанський аналіз виходить за межі вузько лікувального формату і стає цілісною моделлю особистісного розвитку, яка підтримує як внутрішню трансформацію, так і зовнішню адаптацію до життя. Терапевтичний процес у цьому контексті — це шлях до глибшого розуміння себе, свого місця у світі й інтеграції досвіду в символічному та екзистенційному вимірі.

У п'ятому питанні розгляньте вплив юнгіанського аналізу на сучасну культуру, а також критику й обмеження, які супроводжують цю концепцію. Так, аналітична психологія Карла Густава Юнга має не лише психотерапевтичне, а й ширше культурологічне значення, оскільки її основні поняття — архетипи, колективне несвідоме, символи — активно використовуються для інтерпретації міфів, релігійних систем, мистецтва, літератури та кінематографу. Така міждисциплінарна орієнтація зробила юнгіанство впливовим не лише у сфері психології, а й у гуманітарних науках загалом.

Юнгіанський підхід розглядає культуру як відображення глибинних психічних процесів людства. За Юнгом, колективне несвідоме зберігає універсальні архетипи — образи і сценарії, що постійно відтворюються у культурних формах. У міфології, релігійних текстах, художній творчості, сновидіннях і казках виявляються ті самі символічні теми: Герой, Мати, Тінь, Мандрівка, Смерть і Відродження, що репрезентують архетипічні структури людської психіки. Саме тому юнгіанський аналіз активно застосовується в аналізі сюжетів античної міфології, біблійних мотивів, народної творчості, а також у сучасній попкультурі.

Юнгіанські ідеї глибоко вплинули на розвиток літературознавства, культурології та філософії. Численні дослідники використовували архетипічний підхід для інтерпретації творів Карла Густава Юнга, Джозефа Кемпбелла, Джеймса Гілмана та інших авторів, які розглядали міф як

символічну карту внутрішньої подорожі особистості. У кінематографі, зокрема в роботах Джорджа Лукаса, Крістофера Нолана чи Даррена Аронофскі, юнгіанські архетипи знаходять візуальне втілення, відображаючи складну психологічну реальність героїв.

У релігієзнавстві юнгіанський аналіз запропонував альтернативне, не догматичне розуміння духовності. Юнг розглядав релігійні образи як символи, що виявляють трансцендентну реальність у психіці людини, а не як буквальну істину. Це дозволило переосмислити релігійний досвід не як набір вірувань, а як прояв архетипічного прагнення до зв'язку з Самістю, або центром психічної цілісності.

Попри широку популярність, юнгіанський підхід піддається також обґрунтованій критиці. По-перше, методологічною складністю є відсутність чіткої операціоналізації понять — архетипи, колективне несвідоме, Самість не піддаються прямій емпіричній перевірці. Це робить юнгіанський аналіз менш відповідним до стандартів доказової науки. По-друге, певні елементи підходу можуть сприйматися як надмірно символічні, абстрактні або герметичні, що ускладнює застосування в короткотерміновій терапії. Крім того, критики вказують на ризик культурної генералізації, коли архетипи подаються як універсальні, ігноруючи соціокультурні контексти, гендерну специфіку та індивідуальні відмінності.

Також Юнга іноді критикують за недостатню увагу до соціальних, політичних і тілесних вимірів досвіду, що є важливими в сучасному підході до травми, постколоніального аналізу чи психотерапії маргіналізованих груп. Сучасні юнгіанці намагаються розширити цей підхід, зокрема інтегруючи тілесно-орієнтовану терапію, інтерсекційний підхід і діалог із нейронауками.

Таким чином, юнгіанський аналіз має вагомий вплив на сучасну культуру, мистецтво й духовний пошук, пропонуючи глибоке символічне прочитання психіки. Водночас його методологічні межі та відносна віддаленість від емпіричних досліджень спонукають до критичної переоцінки й оновлення традиції. У сучасній психотерапевтичній та культурній практиці

юнгіанський аналіз зберігає цінність як інструмент для роботи з глибинними структурами людського досвіду, коли потрібна не лише раціональна інтерпретація, а й символічне, цілісне розуміння особистості.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 9, 15, 22, 27.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення юнгіанського аналізу та коротко опишіть його історичний розвиток.
2. Перерахуйте ключові елементи структури особистості у юнгіанському аналізі.
3. Сформулюйте основні методи та техніки, які застосовуються у юнгіанській терапії.
4. Розкрийте поняття індивідуації та роль терапевта в цьому процесі.
5. Назвіть основні напрями критики юнгіанського аналізу та його значення в сучасній культурі.

ТЕМА 3. АДЛЕРІАНСЬКА ПСИХОТЕРАПІЯ.

Метою семінарського заняття є ознайомлення студентів з основами адлеріанської психотерапії, розробленої Альфредом Адлером, як одного з перших напрямів післяфрейдівської психотерапії. Учасники семінару вивчать ключові положення теорії особистості Адлера, роль почуття неповноцінності, соціального інтересу та прагнення до переваги, а також ознайомляться з основними техніками та особливостями терапевтичного процесу в цьому підході.

Основні поняття: адлеріанська психотерапія, почуття неповноцінності, соціальний інтерес, прагнення до переваги, життєвий стиль, ранні спогади,

позиція в сім'ї, переорієнтація, техніка «ловлі самого себе», негативна практика.

План

1. Історія Адлеріанської психотерапії: еволюція ідей Альфреда Адлера після розриву з Фройдом та розвиток його школи

2. Теорія особистості Адлера: почуття неповноцінності, соціальний інтерес та прагнення до переваги.

3. Методи та техніки Адлеріанської психотерапії. Метод ранніх спогадів, орієнтація на цілі та робота з життєвим стилем. Техніки: створення образів, «ловлі самого себе», «нажаття кнопки», «техніка негативної практики».

4. Позиція дитини в сім'ї та подальший вплив на становлення особистості: позиція старшої дитини, середньої та наймолодшої.

5. Процес терапії, роль клієнта і терапевта в Адлеріанському підході: співпраця та переорієнтація.

6. Адлеріанська терапія в сучасному контексті: сім'я, виховання, соціум. Критика та обмеження Адлеріанської терапії.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ:

У *першому питанні* розглядається історичний розвиток адлеріанської психотерапії, зокрема еволюція ідей Альфреда Адлера після його відходу від фройдистської школи, а також становлення й поширення індивідуальної психології як окремого напрямку у психотерапевтичній традиції. Історія цього підходу демонструє поступовий перехід від біологічного редукціонізму до більш соціально та цілісно орієнтованого розуміння особистості, а також акцент на прагненні до цілісності, спільноти й сенсу життя.

Альфред Адлер на початку XX століття був одним із найближчих соратників Зигмунда Фрейда і належав до першого кола психоаналітичного руху. Проте вже у 1911 році він остаточно пориває з фройдистською теорією, насамперед через теоретичні розбіжності щодо природи мотивації та

структури психіки. Адлер не поділяв фрейдівське уявлення про першорядну роль лібідо та сексуальних потягів у розвитку особистості. Натомість він запропонував нову концепцію, згідно з якою основною рушійною силою людини є прагнення до значущості, переваги, вдосконалення — тобто прагнення до мети, а не задоволення базових інстинктів (Крупельницька, 2018).

Ця ідея стала основою створеної ним індивідуальної психології — терміна, який підкреслював унікальність кожної особистості та її нерозривний зв'язок із соціальним контекстом. Адлер був одним із перших психотерапевтів, хто наголосив на важливості соціальних відносин, приналежності до спільноти, а також на ролі цілей, які особистість ставить перед собою у житті. Він розглядав людину як єдину, неподільну особистість, в якій мислення, емоції й поведінка формуються навколо центрального життєвого стилю, сформованого у ранньому дитинстві.

Після розриву з Фройдом Адлер активно розвиває власну школу, проводить лекції по Європі та США, працює з освітніми й соціальними установами, підкреслюючи значення виховання, родини, міжособистісних стосунків та соціального залучення у формуванні здорової особистості. Його підхід стає особливо популярним у практичній психології, педагогіці та соціальній роботі. У 1920–30-х роках Адлер створює численні консультаційні центри в Австрії та Німеччині, які працювали з дітьми, батьками та вчителями, що було інноваційним соціальним проєктом того часу.

Після смерті Адлера у 1937 році його учні й послідовники продовжили розвивати його ідеї. Найбільший внесок у розповсюдження адлеріанської психотерапії зробили Рудольф Дрейкурс, Генрі Стейн, Софія де Віт та інші дослідники. Вони адаптували основні положення індивідуальної психології до контексту американської психотерапії, педагогіки, сімейного консультування та розвитку групової терапії. Адлеріанська традиція також інтегрувалась у гуманістичну психологію, позитивну психотерапію, коучинг і сучасні форми підтримки особистості.

У сучасному контексті ідеї Адлера залишаються актуальними. Його підхід до особистості як єдиної цілісності, яка прагне сенсу, приналежності та соціальної взаємодії, вплинув на розвиток гуманістичних і екзистенційних напрямів. Адлеріанська терапія нині активно застосовується у роботі з родинами, дітьми, парами, а також у сфері профілактики, освіти й розвитку психічного здоров'я. Вона зберігає свою практичну спрямованість, орієнтацію на ресурс клієнта, соціальну залученість і етичний вимір психотерапевтичної роботи.

Таким чином, історія адлеріанської психотерапії — це приклад становлення альтернативної до фройдизму психотерапевтичної школи, яка зосередилась на цілісному, соціальному та телеологічному баченні особистості. Від розриву з Фройдом до сучасних форм застосування, індивідуальна психологія демонструє послідовний розвиток у напрямку глибшого розуміння взаємозв'язку між внутрішнім світом людини і її місцем у суспільстві.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості Альфреда Адлера — фундаментальна концепція індивідуальної психології, яка визначає основні механізми формування людського характеру, поведінки та мотивації. Адлер одним із перших у XX столітті запропонував цілісне бачення особистості, в якому ключову роль відіграють почуття неповноцінності, прагнення до переваги та соціальний інтерес. Ця модель акцентує увагу на взаємозв'язку між внутрішніми переживаннями, раннім досвідом і соціальним контекстом.

Центральним поняттям у теорії Адлера є почуття неповноцінності, яке, за його переконанням, є універсальним і природним досвідом кожної людини (Глива, 2004). З самого дитинства людина переживає себе як слабку, залежну та обмежену істоту в порівнянні з дорослими, оточенням або уявними ідеалами. Це почуття може виникати як унаслідок об'єктивних фізичних чи соціальних труднощів (наприклад, хвороби, ізоляції, приниження), так і як

результат суб'єктивного сприйняття. Важливою є не стільки наявність неповноцінності, скільки реакція на неї, яка формує стиль життя людини.

Саме це почуття, згідно з Адлером, є потужним стимулом для прагнення до переваги — іншого ключового концепту його теорії (Крупельницька, 2023). Людина прагне подолати власну уявну або реальну недосконалість і досягти значущості, впливу, компетентності або визнання. Це прагнення може бути конструктивним (наприклад, у вигляді самовдосконалення, реалізації потенціалу, досягнень у навчанні чи професії) або деструктивним (у вигляді домінування, маніпуляцій, уникання невдач або агресії). Відтак поведінка людини — це не реакція на минуле, а рух до мети, часто неусвідомлюваної, але цілеспрямованої. Саме телеологічна природа мотивації відрізняє адлеріанську модель від фройдівської.

Кожна людина, за Адлером, формує індивідуальний стиль життя — унікальну систему переконань, стратегій і поведінкових шаблонів, що виникають переважно в ранньому дитинстві. Цей стиль визначає, як саме особистість прагне подолати почуття неповноцінності та реалізувати себе у світі. Важливо, що стиль життя є неусвідомленим, проте стійким і впливає на всі сфери життєдіяльності — від професійного вибору до інтимних стосунків. У психотерапії робота з цією структурою передбачає виявлення прихованих цілей і переоцінку базових переконань.

Третім ключовим елементом теорії Адлера є соціальний інтерес (Gemeinschaftsgefühl) — здатність до емпатії, співчуття, солідарності та конструктивної взаємодії з іншими (Паркулаб, 2007). Адлер вважав соціальний інтерес критерієм психічного здоров'я: людина, яка здатна долати свої труднощі в контексті турботи про інших, є зрілою та гармонійною. На противагу цьому, егоцентризм, відчуження чи знецінення спільноти є показниками невротичного розвитку. Таким чином, особистість не може розглядатись ізольовано — вона формується лише у взаємодії зі світом.

Соціальний інтерес, на думку Адлера, є вродженим потенціалом, який, однак, потребує розвитку у відповідному сімейному та соціальному

середовищі. Виховання, досвід близькості, прийняття і відповідальність — усе це сприяє його формуванню. Якщо ж дитина виростає в атмосфері надмірної строгості, контролю або знецінення, соціальний інтерес може бути приглушений, а її життєва мета стане зосередженою лише на компенсації власної уразливості, що породжує неврози.

Таким чином, теорія особистості Адлера описує людину як єдність цілісної мотиваційної системи, яка прагне подолати внутрішнє відчуття нестачі, реалізувати себе у світі та належати до спільноти. Поняття неповноцінності, прагнення до переваги та соціального інтересу утворюють ядро адлеріанської моделі, яка пропонує гуманістичний, конструктивний і соціально орієнтований погляд на розвиток особистості. Цей підхід дав нові горизонти для психотерапії, педагогіки та соціальної роботи, акцентуючи на силі смислу, міжособистісних зв'язків і здатності до змін.

Третє питання почніть з розгляду ключових методів та технік, що застосовуються в адлеріанській психотерапії, зокрема метод ранніх спогадів, орієнтація на цілі, аналіз життєвого стилю, а також практичні інтервенції, спрямовані на зміну поведінки та посилення внутрішніх ресурсів клієнта. Адлеріанська терапія вирізняється гуманістичною спрямованістю, практичністю, орієнтацією на майбутнє, і водночас — глибокою роботою з внутрішніми переконаннями та особистісними цілями.

Одним із центральних методів у цій традиції є аналіз життєвого стилю, тобто характерної стратегії, яку людина несвідомо формує ще у дитинстві для подолання почуття неповноцінності та досягнення значущості. Цей стиль проявляється в мисленні, емоційних реакціях, поведінці та стосунках. Терапевт спільно з клієнтом досліджує, які ключові переконання, цілі та способи адаптації лежать в основі життєвих рішень клієнта. Метою є усвідомлення того, як сформовані уявлення обмежують людину або підтримують деструктивні моделі, і як їх можна трансформувати.

У цьому контексті широко використовується метод ранніх спогадів — техніка, що передбачає пригадування найперших дитячих епізодів, навіть

буденних. За Адлером, вибрані спогади — це не випадкові факти, а символічне відображення життєвого стилю, системи переконань і несвідомих цілей. Терапевт аналізує, які емоції, оцінки, ролі та способи реагування проявляються у цих спогадах, що дозволяє глибше зрозуміти внутрішню логіку клієнта. Наприклад, повторювана тема покинутості або боротьби за увагу може вказувати на потребу в приналежності чи схильність до самопожертви.

Ще одним важливим елементом є орієнтація на цілі. На відміну від фокусування на причинах, адлеріанська психотерапія зосереджується на тому, до чого прагне клієнт, навіть якщо його поведінка здається нелогічною або шкідливою. Терапевт допомагає клієнту побачити приховану мету, яка стоїть за симптомом або конфліктом: наприклад, уникнення відповідальності, пошук безпеки, потреба в контролі чи визнанні. Такий підхід знижує самозвинувачення і відкриває можливості для більш гнучкої та зрілої поведінки.

Серед прикладних технік важливе місце посідає створення образів — робота з уявою для того, щоб змінити ставлення до себе, відчувати бажану поведінку або символічно прожити новий досвід. Ця техніка використовується для формування нових моделей реагування та зменшення внутрішнього опору. Наприклад, клієнт може уявити себе в ситуації, де він відстоює свої кордони або справляється зі стресом спокійно.

Окрема група технік спрямована на зміну автоматичних реакцій. Техніка «ловлі самого себе» вчить клієнта розпізнавати звичні шаблони поведінки або мислення «на гарячому» — у момент, коли вони виникають (Крупельницька, 2023). Це дозволяє вийти з автоматизму і створити простір для усвідомленого вибору. Наприклад, людина може вловити, як знову починає применшувати себе в розмові — і змінити таку поведінку.

Техніка «натискання кнопки» (pressing the button) передбачає вміння переключатись із негативного стану на позитивний за допомогою візуального або тілесного сигналу (Ігнатович, 2024). Клієнт вчиться самотійно

викликати позитивний стан — наприклад, спокою чи впевненості — й «вмикати» його, коли потрібно.

Техніка негативної практики полягає в навмисному повторенні небажаної поведінки в контрольованому контексті, щоб зняти напругу, страх або зробити її менш привабливою. Наприклад, людині, яка надмірно вибачається, пропонується навмисно перебільшувати це в уяві або у формі гри, що дозволяє дистанціюватись від моделі та побачити її умовність.

Загалом адлеріанська психотерапія поєднує глибинну роботу з уявленнями про себе, орієнтацію на розвиток соціального інтересу, практичні інтервенції та навчання нових навичок. Її методи дозволяють не лише зрозуміти витоки поведінки, а й зробити її більш усвідомленою, соціально конструктивною і відповідальною. Вона створює простір для особистісного зростання, зміни життєвих сценаріїв і пошуку нових цілей.

У *четвертому питанні* розглядається одна з унікальних концепцій індивідуальної психології Альфреда Адлера — вплив позиції дитини в сім'ї на формування особистості. Адлер вважав, що порядок народження дитини значною мірою впливає на її життєвий стиль, систему цінностей, очікування від інших та стратегії взаємодії зі світом. Хоча ця теорія не є універсальною і має свої обмеження, вона залишається важливою частиною адлеріанського аналізу особистості та широко застосовується в психотерапевтичній і педагогічній практиці.

За Адлером, кожна дитина намагається знайти своє унікальне місце в родині — простір визнання, де вона може почуватися важливою, помітною, значущою. Саме ця динаміка створює передумови для формування певних рис характеру, життєвих установок і стилю взаємодії. Водночас вирішальну роль відіграє не стільки сам факт порядку народження, скільки сприйняття дитиною своєї ролі та емоційна атмосфера в родині.

Старша дитина зазвичай переживає період «ексклюзивної уваги» батьків до появи молодших. Коли з'являється наступна дитина, старша часто відчуває втрату статусу, що може призвести до формування відповідальності,

дисциплінованості або, навпаки, суперництва й прагнення довести свою перевагу. Вона може стати «другою мамою» або «помічником», що розвиває сильне почуття обов'язку, але водночас схильність до тривожності, контролю чи перфекціонізму. У терапії такі клієнти часто мають потребу у визнанні, схваленні та важко переносять ситуації, де їхні зусилля залишаються непоміченими.

Середня дитина часто зростає в умовах подвійної конкуренції: з одного боку — з першим, сильнішим, а з іншого — з молодшим, якому дістається більше емоційної уваги. Це може призвести до відчуття «затиснутості» або пошуку нестандартного способу прояву себе. Середні діти нерідко формують гнучкість, дипломатичність, здатність до компромісу або, навпаки, бунтівний стиль поведінки. Вони можуть бути соціально адаптивними, але й менш впевненими у власній унікальності. У терапії така позиція іноді пов'язана з потребою віднайти власний голос, місце або відстояти право на індивідуальність.

Наймолодша дитина, як правило, отримує найбільше уваги, турботи та поблажливості. Вона часто сприймається родиною як «малюк», навіть якщо фактично дорослішає. Це може формувати в ній відчуття особливості, потребу в підтримці або схильність до творчого й спонтанного вираження себе. З іншого боку, молодші діти можуть боротися з почуттям недостатньої компетентності або залежності, порівнюючи себе з більш досвідченими братами й сестрами. Їхній життєвий стиль часто орієнтований на чарівність, гумор, уяву або пошук уваги. У психотерапії такі клієнти можуть стикатися з труднощами у прийнятті відповідальності або в автономії.

Окремо Адлер розглядав позицію єдиної дитини, яка не має братів і сестер. У такому випадку дитина отримує всю увагу батьків і не має можливості навчитися ділити ресурси чи адаптуватися до рівноправної конкуренції в сім'ї. З одного боку, це може призвести до розвитку інтелекту, зрілості, близьких стосунків із дорослими, а з іншого — до труднощів у соціалізації, надмірної чутливості до критики чи високих очікувань щодо

себе. У терапевтичному процесі можуть з'являтися теми самотності, перфекціонізму або невпевненості у прийнятності без досягнень.

Важливо підкреслити, що порядок народження не визначає долю людини. Адлеріанський аналіз не використовує цю концепцію як діагноз, а як гіпотезу для дослідження. Психотерапевт з'ясовує, як саме клієнт сприймав свою позицію в родині, яку роль відігравав у динаміці стосунків, які послання отримував про себе і які висновки зробив ще в дитинстві. Це дозволяє побачити витоки його життєвих стратегій та з великою повагою підійти до внутрішніх причин поведінки.

Таким чином, концепція порядку народження в адлеріанській психології є корисним інструментом для розуміння індивідуальної мотивації, міжособистісних стилів і потенційних труднощів у поведінці. Вона сприяє не лише діагностиці, а й глибшому прийняттю себе, формуванню нових способів бути у світі та знаходженню більш автентичної, вільної ролі поза межами ранніх сімейних сценаріїв.

У *п'ятому питанні* розглядається структура процесу психотерапії в адлеріанському підході, зокрема — динаміка стосунків між клієнтом і терапевтом, етапи психотерапевтичної роботи, а також поняття переорієнтації як мети та способу змін. Адлеріанська психотерапія є співпрацею двох рівних учасників, заснованою на повазі, зацікавленості й спільному пошуку змін. Цей підхід поєднує глибокий аналіз особистісних переконань із практичними інтервенціями, спрямованими на зростання соціального інтересу, відповідальності та конструктивного стилю життя.

У центрі адлеріанської терапії стоїть принцип рівноправного партнерства між терапевтом і клієнтом. Терапевт не виступає авторитетом чи «експертом», який «лікує» пацієнта, а скоріше — союзником у спільному дослідженні. Основне завдання терапевта — допомогти клієнту усвідомити власні несвідомі цілі, переконання та життєвий стиль, а також підтримати його в пошуку більш адаптивних і соціально орієнтованих стратегій. Такий

підхід вимагає високого рівня поваги до автономії клієнта та його особистої історії.

Процес терапії в адлеріанському підході традиційно поділяється на чотири етапи: встановлення стосунку, дослідження стилю життя, усвідомлення й інтерпретація та переорієнтація і навчання. На кожному з етапів важлива активна участь клієнта, його готовність спостерігати за собою, експериментувати з новими моделями поведінки та відкривати нові сенси в своєму досвіді.

Перший етап — створення терапевтичного альянсу — передбачає побудову довірливого, приймаючого і партнерського контакту. Терапевт виявляє щирий інтерес, емпатію, надає підтримку і допомагає клієнту розслабитися. У цьому середовищі клієнт може почати відкривати свої труднощі без страху засудження. Співпраця є не лише засобом терапії, а її суттю — як противага ізоляції чи боротьбі, які часто лежать в основі симптомів.

Другий етап — дослідження життєвого стилю — полягає в зборі інформації про ранні спогади, сімейну динаміку, позицію в родині, особисті переконання, цінності та уявлення про себе й інших. Тут можуть використовуватись методи інтерв'ю, реконструкції сімейної історії, аналіз значущих подій. Метою є зрозуміти, які несвідомі цілі ведуть клієнта крізь життя, навіть якщо вони суперечать його заявленим бажанням.

Третій етап — усвідомлення й інтерпретація — полягає у спільному аналізі знайдених патернів і смислів. Терапевт допомагає клієнту побачити логіку власної поведінки, приховані цілі та внутрішні конфлікти. Це часто супроводжується емоційним відкриттям, новим розумінням себе, що створює підґрунтя для змін. Терапевт може використовувати метафори, техніки уяви, гумор, символічні образи, щоби зробити інсайти доступнішими.

Ключовий четвертий етап — переорієнтація — спрямований на зміну не лише поведінки, але й життєвих позицій. Клієнт експериментує з новими способами взаємодії зі світом, переосмислює свої цілі, змінює переконання

про себе. Переорієнтація передбачає посилення соціального інтересу, відповідальності, здатності до співпраці. Терапевт підтримує цей процес через підкріплення позитивних змін, практичні завдання, формування нових навичок та активне залучення клієнта до життя поза терапією.

Особливу увагу в адлеріанському підході приділяється розвитку відчуття спільності та включеності. Клієнт навчається бачити себе не в центрі власних проблем, а у зв'язку з іншими, як частину спільного людського досвіду. Це дозволяє йому долати ізоляцію, відчуття меншовартості, страх бути неприйнятим, а також відкриває шлях до більш змістовного й автентичного життя.

Таким чином, процес адлеріанської терапії — це динамічна і міжособистісна подорож, у якій клієнт з допомогою терапевта відкриває нове бачення себе, змінює життєвий стиль і знаходить способи бути більш залученим, відповідальним та вільним. ЦентRALЬНОЮ метою є переорієнтація — тобто глибинна зміна способу мислення, взаємодії зі світом і переживання себе як частини спільноти.

У шостому питанні розглядаються особливості застосування Адлеріанської терапії в сучасному контексті, зокрема її вплив на розуміння сім'ї, виховання та соціального середовища, а також критичний аналіз і виявлення основних обмежень цього підходу. Адлеріанська терапія, заснована на ідеях Альфреда Адлера, концентрується на соціальному характері особистості, важливості почуття спільності (*Gemeinschaftsgefühl*) та ролі індивідуальних цілей у формуванні поведінки. У сучасних умовах її застосування набуває особливого значення у роботі з сім'ями, де акцент робиться на міжособистісних відносинах, вихованні дітей у дусі соціальної відповідальності та усвідомлення власного внеску в соціум.

З точки зору сімейної терапії, Адлеріанський підхід підкреслює значення сімейної динаміки, місця кожного члена родини в системі, а також роль стилю життя, сформованого в ранньому дитинстві. Виховання, згідно з Адлером, має бути спрямоване не лише на формування індивідуальних

якостей, але й на розвиток соціальної компетентності, емпатії, співпраці та відповідальності. Соціум у цьому контексті розглядається як широка мережа взаємодій, де індивід реалізує свої цілі, орієнтуючись на соціальні норми та цінності.

Разом із тим, сучасне застосування Адлеріанської терапії не позбавлене критики та певних обмежень. Одним із суттєвих зауважень є недостатня увага до глибинних психологічних процесів, зокрема до несвідомих мотивів, що в більшій мірі акцентуються у психоаналітичних або когнітивно-поведінкових підходах. Деякі дослідники також відзначають, що надмірний акцент на соціальному аспекті може знижувати індивідуалізацію терапевтичної роботи та ігнорувати внутрішні конфлікти особистості, що мають важливе значення у психотерапевтичній практиці.

Крім того, застосування Адлеріанської терапії у різних культурних контекстах може стикатися з проблемами адаптації, оскільки основні концепти, такі як почуття спільності або стиль життя, можуть мати різне значення залежно від соціокультурного середовища. В умовах швидких соціальних змін і технологічного прогресу, традиційні уявлення Адлера про соціальні ролі і структури сім'ї також потребують переосмислення і модернізації.

Таким чином, Адлеріанська терапія зберігає актуальність у сучасній психологічній практиці завдяки своєму фокусу на соціальній взаємодії та вихованні відповідальності, однак її застосування має враховувати певні обмеження та потребу у адаптації до сучасних реалій і культурних особливостей.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 15, 16, 17.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення адлеріанської психотерапії та коротко опишіть її історичне становлення.
2. Перерахуйте основні поняття теорії особистості за Адлером.
3. Сформулюйте основні техніки, що використовуються в адлеріанській психотерапії.
4. Розкрийте вплив позиції дитини в сім'ї на формування особистості за Адлером.
5. Назвіть основні принципи терапевтичної взаємодії в адлеріанському підході та його актуальність у сучасному контексті.

ТЕМА 4. ТРАНЗАКТНИЙ АНАЛІЗ ЕРІКА БЕРНА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення студентів з теоретичними засадами транзактного аналізу Еріка Берна, його історичним розвитком та ключовими концепціями особистості. Студенти мають засвоїти структуру Его-станів, поняття життєвих сценаріїв і психологічних ігор, а також розглянути методи терапевтичної взаємодії в межах цього підходу та його практичне застосування в міжособистісних стосунках.

Основні поняття: транзактний аналіз, Его-стани (Батько, Дорослий, Дитина), транзакції, психологічні позиції, погладжування, життєвий сценарій, психологічна гра, автономія, зміцнення Дорослого, психотерапевтична взаємодія.

План

1. Історія транзактного аналізу: від психоаналізу до теорії транзакцій.
2. Теорія особистості в транзактному аналізі: три Его-стани (Батько, Дорослий, Дитина). Психологічні позиції: «Я благополучний — ти благополучний», «Я неблагополучний — ти неблагополучний», «Я

неблагополучний — ти благополучний», «Я благополучний — ти неблагополучний».

3. Методи та техніки транзактного аналізу: транзакції, погляджування та аналіз «життєвих сценаріїв» і «ігор».

4. Процес терапії, роль клієнта і терапевта у транзактному аналізі: зміцнення «дорослого» Его-клієнта для досягнення автономії.

5. Практичне застосування теорії Берна у контексті особистих та професійних взаємин, корпоративної культури. Критика та обмеження транзактного аналізу.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядається історія розвитку транзактного аналізу, починаючи від його витоків у психоаналізі та до формування власне теорії транзакцій як окремого напрямку психології і психотерапії. Транзактний аналіз був заснований Еріком Берном у середині ХХ століття і базувався на ідеях класичного психоаналізу, але водночас прагнув спростити і зробити більш доступними складні психодинамічні концепції. Важливим кроком у розвитку транзактного аналізу стало відходження від акценту на глибинному несвідомому на користь вивчення комунікативних взаємодій (транзакцій) між людьми, що відображає більш прикладний і практичний підхід до розуміння особистості та поведінки.

Історично, психоаналіз, започаткований Зигмундом Фройдом, заклав основи розгляду особистості через призму внутрішніх конфліктів, підсвідомих мотивів та дитячих переживань. Проте складність і тривалість психоаналітичного процесу викликали потребу у створенні більш структурованих і чітких методів, які могли б бути застосовані в короткотерміновій терапії та освітніх контекстах. У цьому контексті БERN розвинув концепцію транзактного аналізу, який оперує поняттями «его-станів» — Батько, Дорослий і Дитина — що відображають різні аспекти внутрішньої психологічної структури людини.

Теорія транзакцій зосереджується на аналізі та моделюванні комунікативних актів між его-станами співрозмовників, що дозволяє виявляти закономірності поведінки, дисфункціональні моделі взаємодії і шляхи їх трансформації. Цей підхід акцентує увагу на свідомому рівні спілкування, намагаючись знизити вплив автоматичних і непродуктивних реакцій, сформованих у дитинстві чи під впливом соціального оточення.

Слід також зазначити, що розвиток транзактного аналізу включав розширення його застосування не лише у психотерапії, але й у сфері освіти, організаційного розвитку, консультування та особистісного зростання. Цей міждисциплінарний характер теорії обумовив її популярність і вплив у різних соціальних контекстах.

Разом із перевагами, історія транзактного аналізу також свідчить про певні обмеження. Зокрема, критики відзначають, що модель его-станів може бути надто спрощеною і не враховувати складних внутрішніх психологічних процесів та глибинних мотивацій. Крім того, деякі теоретичні положення вимагають подальшої емпіричної верифікації для більш надійного застосування у клінічній практиці.

У підготовці до семінарських занять важливо зосередити увагу на аналізі еволюції ідей від психоаналізу до транзактного аналізу, а також на розумінні ключових понять, таких як его-стани та транзакції. Акцент слід робити на розгляді практичного застосування теорії у психотерапії і суміжних галузях, а також на критичній оцінці її сильних і слабких сторін. Заохочення до порівняння транзактного аналізу з іншими психологічними підходами сприятиме глибшому усвідомленню його місця у системі психологічних знань і розвитку професійних компетенцій.

Таким чином, історія транзактного аналізу відображає поступовий перехід від глибокої психодинаміки до більш структурованої, орієнтованої на комунікацію теорії, що зберігає свою актуальність у сучасній психологічній практиці та навчанні.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості в транзактному аналізі, яка базується на концепції трьох его-станів — Батька, Дорослого та Дитини, а також на аналізі психологічних позицій, що відображають базові установки людини щодо себе і інших. Ця теорія є ключовою складовою транзактного аналізу і надає модель для розуміння внутрішньої структури особистості, а також способів взаємодії в соціальному середовищі.

Три его-стани, згідно з Еріком Берном, формують базову психологічну організацію особистості. Его-стан Батька відображає установки, норми і правила, які людина засвоює від своїх батьків або інших авторитетних фігур, і може проявлятися як контролюючий або підтримуючий вплив. Его-стан Дорослого відповідає за обробку інформації в реальному часі, логічне мислення, прийняття зважених рішень і адаптивну поведінку. Его-стан Дитини зберігає емоції, імпульси, творчі пориви та спогади з дитинства, і може проявлятися як спонтанність, емоційність або опір.

Психологічні позиції у транзактному аналізі описують основні установки особистості у взаєминах із собою та іншими людьми. Чотири основні позиції визначаються поєднанням оцінок себе і партнера по спілкуванню (Крупельницька, 2018):

1. «Я благополучний — ти благополучний» — це позитивна позиція, що характеризується довірою, прийняттям себе і інших, сприяє конструктивній взаємодії та ефективному спілкуванню.

2. «Я неблагополучний — ти неблагополучний» — негативна, деструктивна позиція, яка веде до відчуження, конфліктів, почуття безнадійності і взаємного нерозуміння.

3. «Я неблагополучний — ти благополучний» — позиція, що проявляється у відчутті меншовартості, залежності або покори по відношенню до інших.

4. «Я благополучний — ти неблагополучний» — позиція, пов'язана з перевагою над іншими, критикою, агресією або маніпуляціями.

Розуміння цих позицій дозволяє ідентифікувати дисфункціональні моделі взаємодії і сприяти зміні поведінкових стратегій на більш адаптивні. В терапевтичній практиці робота з его-станами і психологічними позиціями допомагає клієнтам усвідомити власні внутрішні конфлікти, покращити самооцінку та налагодити здорові соціальні зв'язки.

У підготовці до семінарських занять слід акцентувати увагу на вивченні природи кожного з трьох его-станів і їх ролі у формуванні поведінки, а також на глибокому розумінні психологічних позицій як індикаторів міжособистісних стосунків і психоемоційного стану індивіда. Практичні вправи, що включають ідентифікацію власних позицій та аналіз транзакцій, сприятимуть кращому засвоєнню матеріалу. Також рекомендується проводити порівняльний аналіз із іншими теоріями особистості, що дозволить оцінити унікальність та застосовність транзактного аналізу в різних психологічних та соціальних контекстах.

Таким чином, теорія особистості в транзактному аналізі, через призму его-станів і психологічних позицій, надає цілісне уявлення про внутрішню організацію людини і її взаємини з оточенням, що є фундаментом для ефективної психотерапевтичної роботи і розвитку комунікативних навичок.

У *третьому питанні* розглядаються основні методи та техніки транзактного аналізу, які становлять практичний інструментарій цього психотерапевтичного напрямку. Зокрема, йдеться про транзакції, погляджування, а також аналіз «життєвих сценаріїв» і «ігор», що дозволяють глибше розуміти міжособистісну взаємодію і внутрішні психологічні процеси.

Транзакції в транзактному аналізі визначаються як основні одиниці комунікації між двома або більше его-станами різних осіб. Вони можуть бути простими, коли відбувається обмін повідомленнями на одному рівні (наприклад, Дорослий–Дорослий), або складними, що передбачають приховані послання, маніпуляції чи подвійні значення. Аналіз транзакцій

дозволяє виявити комунікативні збої, непорозуміння і деструктивні моделі взаємодії, а також спрямувати спілкування у більш конструктивне русло.

Погладжування (strokes) — це ще одна ключова техніка, що характеризує будь-яке визнання або увагу, яку людина отримує від інших. Погладжування можуть бути позитивними (похвала, підтримка) або негативними (критика, осуд), проте навіть негативні погладжування мають важливе значення для підтримки соціальних контактів і задоволення базової потреби в увазі. У терапевтичній роботі важливо розпізнавати типи погладжувань і сприяти збільшенню позитивного емоційного обміну.

Аналіз «життєвих сценаріїв» є одним із центральних аспектів транзактного аналізу. Життєвий сценарій — це неусвідомлений план життя, сформований у дитинстві під впливом батьків, соціального оточення і власного досвіду. Ці сценарії часто визначають поведінкові моделі, які повторюються і можуть бути як ресурсними, так і деструктивними. Терапевтична робота спрямована на усвідомлення клієнтом свого сценарію, пошук альтернативних варіантів і зміну повторюваних патернів.

Техніка аналізу «ігор» полягає у виявленні повторюваних соціальних взаємодій, що мають приховані мотиви і призводять до негативних наслідків для учасників. «Ігри» за Берном — це серії транзакцій із прихованим психологічним змістом, що підтримують внутрішні конфлікти та міжособистісні проблеми. Усвідомлення і припинення таких «ігор» є важливим кроком на шляху до більш автентичних і відкритих відносин.

У підготовці до семінарських занять слід звернути увагу на ознайомлення із базовими поняттями і техніками транзактного аналізу, а також на практичне застосування цих методів через вправи, рольові ігри та аналіз реальних або смодельованих ситуацій. Важливо підкреслити значення комплексного підходу, що поєднує роботу з транзакціями, погладжуваннями, сценаріями і «іграми», для досягнення глибоких змін у психологічному стані та міжособистісних стосунках.

Таким чином, методи і техніки транзактного аналізу є важливим інструментом у психотерапії та консультуванні, що дозволяють досліджувати і коригувати як комунікативні, так і внутрішні психологічні процеси, сприяючи розвитку особистості і покращенню якості життя.

У *четвертому питанні* розглядається процес терапії в транзактному аналізі, а також роль клієнта і терапевта у цьому процесі, з особливим акцентом на зміцненні «Дорослого» его-клієнта як ключового чинника досягнення психологічної автономії та особистісного зростання. Транзактний аналіз розглядає психотерапію як співпрацю між клієнтом і терапевтом, спрямовану на усвідомлення, аналіз і зміну дисфункціональних моделей поведінки і внутрішніх установок, що сформувалися у дитинстві та віддзеркалюються у взаємодіях.

У цьому процесі терапевт виступає фасилітатором, який допомагає клієнту відстежити власні его-стани — особливо активувати і зміцнити его-стан «Дорослого». «Дорослий» у транзактному аналізі відповідає за реалістичну оцінку ситуацій, раціональне прийняття рішень і здатність адекватно реагувати на теперішні умови. Зміцнення цього его-стану сприяє автономії клієнта, дозволяючи йому виходити за межі дитячих патернів і батьківських сценаріїв, розвивати критичне мислення та відповідальність за власне життя.

Роль клієнта полягає у відкритості до самопізнання, готовності досліджувати свої внутрішні конфлікти і взаємодії, а також у прагненні до змін і особистісного зростання. Активна участь клієнта в терапевтичному процесі, здатність рефлексувати власні переживання і поведінкові патерни є необхідними умовами для ефективної роботи.

Терапевтичний процес у транзактному аналізі включає діагностику и корекцію «життєвих сценаріїв», роботу з психологічними іграми і змінами у структурі транзакцій між его-станами. Особливу увагу приділяють розвитку навичок ефективного спілкування і встановленню здорових меж, що підвищує якість міжособистісних стосунків.

Процес терапії у транзактному аналізі є діалогічним і співтворчим, де терапевт і клієнт взаємодіють на основі довіри та партнерства. Таким чином, зміцнення «Дорослого» его-клієнта в транзактному аналізі є центральним завданням терапії, що сприяє розвитку внутрішньої автономії, усвідомленості і здатності до саморегуляції, що є запорукою успішної адаптації у соціальному середовищі.

У *п'ятому питанні* розглядається практичне застосування теорії Еріха Берна у сфері особистих і професійних взаємин, зокрема в контексті корпоративної культури, а також аналізуються критика і обмеження транзактного аналізу як психологічної моделі. Теорія транзактного аналізу широко використовується для поліпшення комунікації, вирішення конфліктів і розвитку ефективних взаємодій у різних соціальних середовищах.

У сфері особистих взаємин і сімейної терапії транзактний аналіз допомагає усвідомити внутрішні его-стани, психологічні позиції та «ігри», які можуть бути джерелом напруги і непорозумінь. Практичні методи, такі як аналіз транзакцій і робота зі сценаріями, дозволяють клієнтам зрозуміти механізми власної поведінки, підвищити рівень емпатії і покращити якість спілкування. У професійному контексті транзактний аналіз застосовується для розвитку корпоративної культури, управління командою, тренінгів з лідерства і комунікацій. Зокрема, модель его-станів сприяє кращому розумінню ролей і динаміки взаємодії між співробітниками, допомагає уникати конфліктів, а також формує більш відкриту і підтримуючу атмосферу.

Проте, незважаючи на широке практичне застосування, транзактний аналіз зазнає критики і має певні обмеження. По-перше, модель его-станів іноді сприймається як надто спрощена для опису складних внутрішніх психологічних процесів і глибинних мотивацій. По-друге, підхід зосереджується переважно на свідомих і міжособистісних аспектах, що може ігнорувати вплив несвідомого і глибинних психодинамічних факторів. По-третє, ефективність застосування транзактного аналізу в різних культурних

контекстах потребує додаткового вивчення та адаптації, оскільки значення і прояви еґо-станів і психологічних позицій можуть суттєво варіюватися.

Доцільно наголосити на інтегративному підході, що передбачає поєднання теоретичних знань із практичними навичками застосування транзактного аналізу у різних сферах життя. Важливо стимулювати критичне мислення щодо переваг і обмежень моделі, а також аналізувати приклади реального застосування у корпоративній культурі та міжособистісних стосунках. Залучення до дискусій і кейс-стаді дозволить глибше усвідомити потенціал і межі цього психотерапевтичного підходу.

Таким чином, транзактний аналіз є ефективним інструментом для покращення комунікації і розвитку взаємин як у особистому, так і в професійному контекстах, однак його застосування має враховувати певні теоретичні і практичні обмеження, а також потребу у культурній адаптації.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 15, 16, 17, 22, 23, 27.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення транзактного аналізу та коротко опишіть його історичне становлення.
2. Перерахуйте три Еґо-стани особистості та поясніть їхній зміст у транзактному аналізі.
3. Сформулюйте основні техніки, що застосовуються у транзактному аналізі.
4. Розкрийте значення поняття «життєвий сценарій» та «психологічна гра» у психотерапії Берна.
5. Назвіть основні принципи терапевтичної взаємодії в транзактному аналізі та приклади його застосування в сучасному суспільстві.

II. ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНО-ГУМАНІСТИЧНІ НАПРЯМИ ПСИХОТЕРАПІЇ.

ТЕМА 5. ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ.

Метою семінарського заняття є ознайомлення студентів з основами екзистенціальної психотерапії як напрямку, що виріс з екзистенціальної філософії, а також із ключовими концепціями цього підходу. Студенти мають засвоїти чотири основні екзистенційні данності (смерть, свобода, ізоляція, безмістовність) та стратегії роботи з відповідними переживаннями в контексті психотерапії.

Основні поняття: екзистенціальна психотерапія, екзистенційні данності, смерть, свобода, ізоляція, безмістовність (екзистенційний вакуум), сенс життя, відповідальність, автентичність, екзистенційна тривога, Франкл, Ялом, Мей, Бінсвангер, Бос.

План

1. Витоки методу з екзистенціальної філософії та основні фігури: Бінсвангер, Ялом, Мей, Бос, Франкл.
2. Смерть, свобода, ізоляція, безмістовність як екзистенційні данності.
3. Стратегії роботи з переживаннями, пов'язаними зі смертю.
4. Стратегії роботи з переживаннями, пов'язаними зі свободою.
5. Стратегії роботи з переживаннями, пов'язаними з ізоляцією.
6. Стратегії роботи з переживаннями, пов'язаними з безмістовністю, (відсутністю чи недостатністю сенсу).

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядаються витоки екзистенціальної терапії, її філософське підґрунтя та внесок ключових фігур у розвиток цього напрямку. Екзистенціальна терапія виникла на основі ідей екзистенціальної філософії, яка акцентує увагу на фундаментальних аспектах людського існування — свободі, відповідальності, смерті, ізоляції та пошуку сенсу життя.

Філософські основи методу закладені такими мислителями, як Мартін Гайдегер, Сьорен К'єркегор, Жан-Поль Сартр і Карл Ясперс, які сформували розуміння людини як істоти, що перебуває у світі, але водночас усвідомлює власну смертність і обмеженість. Ці ідеї лягли в основу психотерапевтичного підходу, що розглядає не патологію, а умови існування людини і її прагнення до автентичності.

Людвіг Бінсвангер — швейцарський психіатр і філософ, один із перших застосував екзистенціальні ідеї у клінічній практиці. Він розглядав психічні розлади як порушення у способі буття у світі та міжособистісних відносинах, акцентуючи увагу на суб'єктивному досвіді пацієнта.

Ролло Мей — американський психолог, який популяризував екзистенціальну терапію в США, звертаючи увагу на такі поняття, як свобода, тривога та відповідальність. Він вважав, що екзистенціальна терапія допомагає людині зустрітися зі страхами та кризами буття і знайти власний життєвий сенс.

Ірвін Ялом відомий як засновник групової екзистенціальної психотерапії. Він виокремив «екзистенційні даності» — смерть, свободу, ізоляцію, пошук сенсу, які лежать в основі людського досвіду і терапевтичної роботи. Ялом також акцентував на ролі міжособистісних відносин у процесі психотерапії.

Віктор Франкл, засновник логотерапії, розвинув ідею, що найважливішою мотивацією людини є пошук сенсу життя. Він підкреслював, що навіть у найтяжчих обставинах людина здатна знайти життєвий сенс, що відкриває можливості для психологічного зцілення.

Гершон Бос вніс вагомий внесок, поєднуючи феноменологічний та психодинамічний підходи для глибшого розуміння екзистенціального досвіду людини. Його роботи сприяли розвитку теоретичних основ терапії, спрямованої на усвідомлення власного буття.

У підготовці до семінарських занять слід звернути увагу на історичний контекст виникнення екзистенціальної терапії, вивчення основних

філософських ідей та ролі кожного з названих фігур у становленні методу. Важливо аналізувати взаємозв'язк між філософією та психотерапією, а також розгляду практичного застосування екзистенціального підходу.

Таким чином, екзистенціальна терапія ґрунтується на глибоких філософських засадах та внеску видатних мислителів і практиків, які створили унікальний напрямок у психотерапії, орієнтований на пошук сенсу, свободу вибору та відповідальність людини за власне життя.

У *другому питанні* розглядаються фундаментальні екзистенційні данності — смерть, свобода, ізоляція та беззмістовність, які є центральними поняттями екзистенціальної терапії та філософії. Ці категорії визначають базові умови людського існування і слугують орієнтирами для розуміння психічних процесів, внутрішніх конфліктів і життєвих криз.

Смерть у екзистенціальному розумінні сприймається не лише як фізичне припинення життя, а як усвідомлення кінцевості існування, яке формує унікальне переживання тривоги, що може мотивувати людину на пошук сенсу та автентичності. Прийняття неминучості смерті сприяє переоцінці життєвих цінностей і активізації свідомого вибору.

Свобода трактується як здатність людини робити вибір, брати на себе відповідальність за своє життя і формувати власну ідентичність. Водночас свобода несе з собою тривогу вибору та можливість помилки, що є джерелом екзистенційного напруження і потребує постійного усвідомлення і рефлексії.

Ізоляція розглядається як неминучий аспект людського буття, що полягає у внутрішній відокремленості особистості, її унікальності та неможливості повністю зрозуміти іншу людину. Ця ізоляція може спричиняти почуття самотності, однак також відкриває простір для самопізнання і розвитку автономії.

Беззмістовність означає відсутність заздалегідь визначеного сенсу життя, що ставить людину перед завданням створення власних цінностей і мети. Відчуття беззмістовності часто супроводжується екзистенційною пустотою і може стати поштовхом для пошуку глибинного смислу.

У підготовці до семінарських занять важливо розглянути кожен з цих данностей детально, аналізуючи їхній вплив на психіку і поведінку, а також роль у виникненні екзистенційних криз. Важливо також порівняти підходи різних теоретиків екзистенціальної терапії щодо цих данностей.

Таким чином, смерть, свобода, ізоляція і беззмістовність як екзистенційні данності є ключовими орієнтирами для розуміння людського існування і є базисом для практики екзистенціальної терапії, спрямованої на підтримку особистісного розвитку і пошуку сенсу життя.

У *третьому питанні* розглядаються стратегії роботи з переживаннями, пов'язаними зі смертю, які є одним із центральних аспектів екзистенціальної терапії. Усвідомлення власної смертності та страх перед нею формують глибокі екзистенціальні тривоги, що можуть мати значний вплив на психічний стан і якість життя людини. Терапевтична робота спрямована на допомогу клієнту у прийнятті цього факту, осмисленні його значення та знаходженні особистісного сенсу у протистоянні смерті.

Однією з ключових стратегій є розвиток усвідомленості та відкритості до теми смерті. Екзистенціальна терапія заохочує клієнта досліджувати свої страхи, переживання і переконання щодо кінцевості життя в безпечному терапевтичному середовищі, що сприяє зменшенню ізоляції і заперечення. Важливим є також робота з прийняттям факту смерті як невід'ємної частини буття, що допомагає людині змінити ставлення до життя, цінувати теперішній момент і приймати відповідальність за свої рішення.

Ще одна стратегія полягає у сприянні пошуку сенсу життя попри усвідомлення смерті. Згідно з ідеями Віктора Франкла, саме сенс може слугувати ресурсом, який допомагає подолати екзистенціальну тривогу і знайти внутрішню гармонію. Терапевтичний процес включає підтримку у визначенні цінностей, цілей і ролей, що наповнюють життя змістом.

Додатково, терапія може залучати роботу з емоціями, пов'язаними зі смертю, включаючи скорботу, провину, розпач чи гнів, через діалог, експресивні техніки або творчі методи, що дозволяють усвідомити і прожити

ці почуття. Групова терапія та підтримка спільноти також мають важливе значення для подолання ізоляції і розвитку почуття спільності.

Доцільно окремо розглянути психологічні механізми страху смерті, способи його трансформації через екзистенціальні стратегії та практичні техніки, які застосовуються у терапевтичній роботі. Рекомендується включати кейс-аналізи, рольові ігри та рефлексивні вправи для формування компетентності у роботі з цією складною темою.

Отже, стратегії роботи з переживаннями, пов'язаними зі смертю, у екзистенціальній терапії ґрунтуються на прийнятті кінцевості життя, розвитку усвідомленості, пошуку смислу і роботі з емоціями, що дозволяє клієнту зменшити тривогу, підвищити якість життя і зміцнити психологічну стійкість.

У *четвертому* питанні розглядаються психологічні стратегії роботи з переживаннями, пов'язаними зі свободою, що є одним із центральних аспектів екзистенціальної терапії. Свобода в екзистенціальному розумінні — це не лише можливість вибору, а й усвідомлення відповідальності за власне життя, що часто супроводжується тривогою і внутрішніми конфліктами. Терапевтичні стратегії спрямовані на підтримку клієнта в прийнятті цієї свободи та опануванні пов'язаних із нею переживань.

Однією з ключових стратегій є розвиток усвідомленості власної відповідальності. Екзистенціальна терапія допомагає клієнту зрозуміти, що свобода неможлива без відповідальності за вибори, рішення і наслідки. Прийняття цієї відповідальності зменшує почуття безпорадності і сприяє формуванню почуття контролю над власним життям.

Наступною важливою стратегією є робота з тривогою вибору. Відкритість до множинності варіантів і водночас страх помилки чи невдачі можуть викликати параліч дії. Терапевтичний процес передбачає підтримку клієнта у подоланні страху, розвиток навичок прийняття рішень і готовності експериментувати, а також формування терпимості до невизначеності.

Також значну роль відіграє пошук смислу в свободі. В екзистенціальній терапії свобода розглядається як можливість творити власне життя відповідно до внутрішніх цінностей і переконань. Підтримка клієнта у формулюванні життєвих цілей і смислових орієнтирів допомагає подолати екзистенціальну тривогу і сприяє автентичності.

Крім того, терапія включає роботу з прийняттям обмежень, які існують у житті, незважаючи на свободу вибору. Усвідомлення реальних меж і умінь жити в межах цих обмежень знижує напругу і допомагає гармонізувати внутрішній світ.

Важливо висвітлити теоретичні засади екзистенціальної свободи, а також практичні техніки роботи з відповідальністю, тривогою вибору і пошуком смислу. Використання інтерактивних методів, таких як рефлексивні вправи, обговорення кейсів і рольові ігри, сприятиме глибшому розумінню і засвоєнню цих стратегій.

Отже, психологічні стратегії роботи з переживаннями свободи у екзистенціальній терапії полягають у підтримці усвідомлення відповідальності, подоланні тривоги вибору, пошуку смислу та прийнятті життєвих обмежень, що сприяє розвитку внутрішньої гармонії та автентичності особистості.

У *п'ятому питанні* розглядаються психологічні стратегії роботи з переживаннями, пов'язаними з ізоляцією — одним із фундаментальних екзистенціальних досвідів, що відіграє ключову роль у формуванні самосприйняття та міжособистісних відносин. Ізоляція в екзистенціальному розумінні означає глибинне відчуття відокремленості, самотності і неможливості повністю бути зрозумілим іншими, що може викликати тривогу, смуток і почуття пустоти.

Однією із основних стратегій є розвиток усвідомлення і прийняття ізоляції як невід'ємної частини людського буття. Терапія спрямована на допомогу клієнту усвідомити, що повна близькість з іншою людиною неможлива, і це не є ознакою його дефектності чи провини. Прийняття цього

факту знижує внутрішнє напруження і сприяє більш реалістичному ставленню до себе і інших.

Наступною стратегією є робота над побудовою глибших і автентичних міжособистісних зв'язків. Хоча абсолютна подоланість ізоляції неможлива, терапія підтримує розвиток емпатії, комунікативних навичок і відкритості у спілкуванні, що допомагає зменшити почуття самотності і підвищити якість соціальних взаємодій.

Також важливо працювати з емоціями, які виникають у зв'язку із ізоляцією — сумом, тривогою, страхом відкидання. Використання експресивних і творчих технік, а також групова терапія, може надати можливість прожити і трансформувати ці почуття в безпечному середовищі.

Крім того, терапія включає підтримку у розвитку внутрішньої автономії і самодостатності. Усвідомлення власної унікальності і здатності жити у світі, приймаючи свою окремішність, сприяє зростанню особистісної цілісності і стійкості.

Рекомендується звернути увагу на комплексний підхід до роботи з ізоляцією, поєднуючи філософські, психологічні та практичні аспекти. Важливо використовувати інтерактивні методи, які сприятимуть рефлексії щодо власного досвіду ізоляції та соціальної взаємодії, а також надавати можливість опанувати техніки підтримки клієнтів у цій сфері.

Таким чином, стратегії роботи з переживаннями ізоляції в екзистенціальній терапії зосереджені на прийнятті відокремленості, розвитку автентичних стосунків, опрацюванні емоцій і зміцненні внутрішньої автономії, що допомагає людині краще адаптуватися до умов свого існування і підвищити якість життя.

У шостому питанні розглядаються стратегії роботи з переживаннями, пов'язаними з беззмістовністю, тобто відчуттям відсутності або недостатності сенсу в житті, що є однією з ключових тем екзистенціальної терапії. Беззмістовність часто спричиняє екзистенціальну кризу, що проявляється у почутті пустоти, апатії, втрати мотивації та смислової

дезорієнтації. Терапевтичні стратегії спрямовані на підтримку клієнта у пошуку і конструюванні особистого життєвого сенсу, що є важливим чинником психічного здоров'я і особистісного розвитку.

Однією з основних стратегій є активне залучення клієнта до процесу пошуку сенсу через усвідомлення власних цінностей, переконань і життєвих цілей. Цей процес передбачає рефлексію і переосмислення життєвого досвіду, виявлення ресурсів і можливостей для самореалізації. Логотерапія Віктора Франкла акцентує увагу на тому, що навіть у складних і стресових обставинах людина може знайти унікальний смисл, який допомагає подолати відчуття беззмістовності.

Іншою стратегією є підтримка клієнта у розвитку усвідомленості та прийняття життєвої ситуації такою, якою вона є, що зменшує опір і сприяє внутрішній гармонії. Усвідомлення своєї свободи вибору, навіть в умовах обмежень, відкриває можливість створення власного сенсу і цінностей.

Також важливо працювати з емоційними переживаннями, які супроводжують беззмістовність — розпачем, тривогою, відчуженням. Експресивні техніки, творчі вправи, а також групова терапія можуть допомогти клієнту прожити ці почуття і знайти підтримку у спільноті.

Слід зосередитись на теоретичних основах роботи з беззмістовністю, розглянути практичні техніки логотерапії і екзистенціальної терапії, а також навести приклади успішного застосування цих стратегій.

Отже, стратегії роботи з переживаннями беззмістовності у екзистенціальній терапії полягають у підтримці пошуку і створення особистісного сенсу, розвитку усвідомленості, прийнятті життєвих обставин та опрацюванні супутніх емоцій, що сприяє відновленню психологічного благополуччя і життєвої орієнтації.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 7, 15, 16, 17, 22, 23, 27.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення екзистенціальної психотерапії та назвіть її основні філософські джерела.
2. Перерахуйте основні екзистенційні данності, з якими працює екзистенціальна психотерапія.
3. Сформулюйте стратегії роботи з темою смерті в екзистенціальному підході.
4. Розкрийте особливості терапевтичної роботи з переживаннями, пов'язаними з ізоляцією та свободою.
5. Назвіть підходи до пошуку сенсу життя в екзистенціальній психотерапії та роль терапевта у цьому процесі.

ТЕМА 6. ЛОГОТЕРАПІЯ ВІКТОРА ФРАНКЛА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення студентів з логотерапією як напрямом екзистенціальної психотерапії, розробленим Віктором Франклом. У ході заняття учасники мають зрозуміти центральну ідею логотерапії — прагнення до сенсу як провідну мотиваційну силу людини — та опанувати базові техніки й стратегії допомоги клієнтам у стані екзистенційного вакууму.

Основні поняття: логотерапія, Віктор Франкл, прагнення до сенсу, екзистенційний вакуум, ноологія, парадоксальна інтенція, дерефлексія, сократичний діалог, логодрама, трагедійний оптимізм, ноогенні неврози.

План

1. Історія логотерапії.
2. Теорія особистості у логотерапії: прагнення до сенсу як головна мотивація.
3. Методи і техніки логотерапії: парадоксальна інтенція, дерефлексія, терапія клієнтів у стані екзистенційного вакууму та робота з сенсом.

4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у логотерапії: спільний пошук сенсу, постановка перед клієнтом питань про сенс; допомога у збільшенні джерел смислу; виявлення смислу через сократичний діалог; виявлення смислу через логодраму.

5. Логотерапія у сучасному контексті: проблема сенсу в умовах постмодернізму. Критика та обмеження логотерапії.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядається історія логотерапії — напрямку психотерапії, заснованого Віктором Франклом у середині XX століття. Логотерапія виникла як окремий психотерапевтичний підхід на базі екзистенціальної філософії і психології, з акцентом на пошуку сенсу життя як центральній мотивації людини (Карачинський, 2016).

Історичні витоки логотерапії пов'язані з життєвим досвідом і науковими розробками Віктора Франкла, австрійського психіатра, який пережив трагедії Другої світової війни, зокрема перебування у нацистських концтаборах. Цей досвід підкреслив для нього роль пошуку смислу навіть у найтяжчих обставинах як ключовий фактор виживання і внутрішньої стійкості. Саме на цьому базується теоретична концепція логотерапії.

Франкл розвинув ідеї екзистенціальної психології, наголошуючи, що головною рушійною силою людини є не пошук задоволення чи влади, а прагнення знайти і реалізувати сенс свого життя (Карачинський, 2016). Логотерапія вважає сенс життя унікальним для кожної особистості та конкретної ситуації, і допомагає клієнтам усвідомити цей сенс, що сприяє подоланню екзистенціальних криз і психічних розладів.

У теоретичній основі логотерапії лежить поняття «волі до сенсу», яке протиставляється фрейдівській «волі до задоволення» і адлерівській «волі до влади». Логотерапія пропонує конкретні техніки, спрямовані на пошук смислу через зміну ставлення до труднощів, розвиток відповідальності і визнання свободи вибору.

Історія розвитку логотерапії також включає впливи інших екзистенціальних мислителів і психологів, таких як Людвіг Бінсвангер, Ролло Мей, Ірвін Ялом, які разом із Франклом сформували широку екзистенціальну терапевтичну традицію.

Таким чином, логотерапія як напрямок психотерапії виникла з особистого і професійного досвіду Віктора Франкла, базуючись на екзистенціальних ідеях пошуку сенсу, і стала важливим внеском у розвиток гуманістичної та екзистенціальної психології.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості у логотерапії, яка базується на концепції прагнення до сенсу як головного рушія людської поведінки та життєдіяльності (Карачинський, 2024).

Згідно з теорією, особистість розглядається як духовна сутність, що має внутрішню свободу вибору та здатність знаходити сенс навіть у найскладніших життєвих обставинах. Ця здатність реалізується через активне ставлення до життя, прийняття відповідальності за свої рішення і пошук унікального смислового наповнення, яке надає життю значущості і цілісності.

Прагнення до сенсу у логотерапії вважається «волею до сенсу» — фундаментальною мотивацією, яка відрізняється від «волі до задоволення» у психоаналізі Фрейда чи «волі до влади» в теорії Адлера. Саме це прагнення спрямовує поведінку людини, допомагаючи долати труднощі, стреси і екзистенційні кризи.

Особистість у логотерапії має здатність трансцендувати власні проблеми, знаходячи сенс через творчість, переживання і ставлення. Цей процес є динамічним і індивідуальним, що підкреслює унікальність кожної життєвої історії.

Доцільно висвітлити основні положення теорії особистості у логотерапії, розглянути поняття «волі до сенсу» та її роль як мотиваційного центру. Рекомендується акцентувати увагу на практичних аспектах — як виявляти і

підтримувати прагнення до сенсу у роботі з клієнтами, а також на відмінностях цього підходу від інших психотерапевтичних моделей.

Таким чином, теорія особистості у логотерапії підкреслює прагнення до сенсу як основну мотивацію людини, що визначає її життєві вибори і сприяє подоланню життєвих викликів через усвідомлене ставлення до власного існування.

У *третьому питанні* розглядаються основні методи і техніки логотерапії, які спрямовані на подолання екзистенційних труднощів та підтримку пошуку смислу в житті клієнта. Логотерапія Віктора Франкла пропонує низку унікальних терапевтичних підходів, що відрізняються від традиційних психотерапевтичних методів і сприяють глибокій трансформації ставлення до власного існування.

Парадоксальна інтенція — це метод, що полягає у свідомому, навмисному зверненні уваги клієнта на те, чого він боїться або намагається уникнути. Завдяки цьому усвідомленню і іронічному ставленню до страху знижується його сила, і клієнт отримує можливість розірвати порочне коло тривоги. Ця техніка особливо ефективна у випадках фобій, obsesивних станів і нав'язливих думок (Крупельницька, 2023).

Дереклексія — це техніка, спрямована на переключення уваги клієнта з проблемного симптома або внутрішнього конфлікту на зовнішні цінності, дії та взаємодії. Вона допомагає зменшити надмірну самопостережливість і самокритичність, що часто поглиблюють симптоматику, і сприяє поверненню до активного, смислово орієнтованого життя.

Робота з клієнтами у стані екзистенційного вакууму полягає у підтримці та супроводі людини, яка переживає відчуття порожнечі, беззмістовності та втрати життєвих орієнтирів. Терапевт допомагає клієнту усвідомити можливості вибору, знайти особистий сенс і відновити мотивацію до життя. Важливими є створення довірчого терапевтичного простору і застосування технік, що сприяють саморефлексії і формуванню нових смислових конструктів.

Загалом робота з сенсом у логотерапії передбачає допомогу клієнту у виявленні унікального значення свого життя через творчість, переживання і ставлення до труднощів. Терапевтичний процес зосереджений на підтримці свободи вибору, відповідальності і активній позиції щодо власного існування.

Готуючись до семінарських занять доцільно детально розглянути кожен із цих методів, їх теоретичні основи та практичне застосування. Рекомендується використовувати приклади, рольові ігри, аналіз клінічних випадків для формування у студентів умінь ефективного використання технік логотерапії.

Отже, методи і техніки логотерапії — парадоксальна інтенція, дерефлексія, робота з екзистенційним вакуумом і сенсом — є потужними інструментами для подолання екзистенційних криз і підтримки особистісного розвитку клієнтів.

У *четвертому питанні* розглядається процес терапії у логотерапії, а також ролі клієнта і терапевта в цьому процесі, з акцентом на спільний пошук сенсу як центральну складову терапевтичної взаємодії. Логотерапія, як орієнтований на сенс підхід, підкреслює активну участь обох сторін у процесі виявлення та осмислення індивідуального життєвого значення.

Процес терапії у логотерапії відрізняється від традиційних моделей тим, що не зосереджується виключно на усуненні симптомів, а спрямований на допомогу клієнту у відкритті і реалізації власного сенсу, навіть у складних життєвих обставинах. Терапевт виступає не як експерт, що дає готові відповіді, а як партнер і провідник, який задає питання, що стимулюють саморефлексію та пошук глибинних смислів.

Роль клієнта полягає в активній співпраці, відкритості до самопізнання і готовності досліджувати власні цінності, переконання та життєві орієнтири. Клієнт залучається до процесу постановки питань про сенс, що допомагає усвідомити власні життєві пріоритети та знайти відповіді на фундаментальні екзистенційні питання.

Значущим інструментом терапії є сократичний діалог — метод, що базується на відкритих питаннях і спрямований на глибоке осмислення переживань і життєвих установок клієнта. Через діалог терапевт допомагає клієнту виявити приховані смисли і сформулювати власні відповіді на питання буття (Карачинський, 2019).

Іншим важливим методом є логодрама — техніка, що дозволяє клієнту через рольову гру та експресивні засоби прожити і виявити сенс певних життєвих ситуацій. Логодрама сприяє більш глибокому розумінню себе, розкриттю внутрішніх ресурсів і розвитку творчого ставлення до життєвих викликів.

Крім того, терапевт підтримує клієнта у збільшенні джерел смислу, що включає виявлення і розвиток нових життєвих цінностей, цілей та зв'язків, які наповнюють життя значущістю і сприяють адаптації.

Отже, процес терапії у логотерапії є динамічним і спільним пошуком сенсу, де терапевт виступає партнером, а клієнт — активним дослідником свого буття, що реалізується через постановку питань, сократичний діалог, логодраму і розширення джерел смислу.

У *п'ятому питанні* розглядається сучасне застосування логотерапії у контексті постмодернізму, а також аналізуються її критика і обмеження. Логотерапія, яка зосереджена на пошуку сенсу як центральній мотивації людини, сьогодні стикається з викликами, що постають у суспільстві, де панують плюралізм, релятивізм та відсутність універсальних цінностей.

Проблема сенсу в умовах постмодернізму набуває особливого значення, оскільки традиційні авторитети, метанаративи та загальні життєві смисли ставляться під сумнів. Людина в постмодерному світі часто переживає фрагментацію і неоднозначність сенсових орієнтирів, що ускладнює процес пошуку і утвердження особистісного значення. У цьому контексті логотерапія пропонує індивідуалізований підхід, який підкреслює унікальність смислу для кожної особистості, що є важливим ресурсом для збереження цілісності і внутрішньої стійкості.

Водночас логотерапія зазнає критики, яка стосується деяких теоретичних і практичних аспектів. По-перше, підхід може бути сприйнятий як надто оптимістичний і абстрактний, особливо у випадках тяжких психічних розладів або соціальних криз, де пошук сенсу може виявитися недостатнім для подолання проблем. По-друге, акцент на індивідуальному сенсі іноді ігнорує соціокультурні контексти та колективні виміри життєвого досвіду. По-третє, методи логотерапії потребують високої мотивації клієнта і його готовності до саморефлексії, що не завжди можливо забезпечити у терапевтичній практиці.

Обмеження логотерапії також полягають у відносній скромності її емпіричної бази в порівнянні з іншими психотерапевтичними моделями, що може впливати на її прийняття в академічному та клінічному середовищах. Крім того, складність вимірювання та об'єктивної оцінки смислових процесів ускладнює наукову верифікацію ефективності.

Отже, логотерапія у сучасному постмодерному контексті зберігає актуальність як індивідуалізований підхід до пошуку сенсу, однак має певні теоретичні та практичні обмеження, що потребують усвідомлення для її ефективного застосування.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 4, 6, 7, 9, 15, 16, 17.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення логотерапії та коротко опишіть її історичний розвиток.
2. Перерахуйте основні поняття теорії особистості у логотерапії Франкла.
3. Сформулюйте техніки логотерапії та поясніть, у яких випадках вони застосовуються.

4. Розкрийте роль терапевта у процесі логотерапії та опишіть процес пошуку сенсу.

5. Назвіть основні виклики, з якими стикається логотерапія в сучасному суспільстві, та вкажіть на її обмеження.

ТЕМА 7. КЛІЄНТ-ЦЕНТРОВАНА ТЕРАПІЯ КАРЛА РОДЖЕРСА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з основами клієнт-центрованої терапії Карла Роджерса, вивчення історії розвитку методу, теоретичних основ, ключових технік та ролі терапевта і клієнта у терапевтичному процесі. Особлива увага приділяється розумінню принципів гуманістичної психології, зокрема концепції самоактуалізації, та застосуванню клієнт-центрованого підходу в сучасній психології, освіті й організаціях.

Основні поняття: клієнт-центрована терапія, гуманістична психологія, самоактуалізація, «Я-концепція», конгруентність, емпатія, безумовне позитивне ставлення, терапевтичний альянс, роль клієнта і терапевта, критика клієнт-центрованої терапії.

План

1. Історія клієнт-центрованої терапії. Виникнення методу як частини гуманістичної психології, основні ідеї Карла Роджерса.

2. Теорія особистості клієнт-центрованої терапії: концепція самоактуалізації та «Я-концепція».

3. Методи і техніки клієнт-центрованої терапії. Тріада Роджерса: конгруентність, емпатія, безумовне позитивне ставлення до клієнта.

4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у клієнт-центрованій терапії.

5. Клієнт-центрована терапія і сучасна психологія: принципи роботи в освіті та організаціях. Критика та обмеження клієнт-центрованої терапії.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У першому питанні розглядається історія клієнт-центрованої терапії, її виникнення як важливої складової гуманістичної психології, а також основні ідеї, що лежать в основі цього методу, розробленого Карлом Роджерсом. Клієнт-центровану терапію також називають персонорієнтованим або недирективним підходом, який став одним із ключових напрямків у розвитку гуманістичної психотерапії в середині ХХ століття.

Метод виник у відповідь на обмеження класичних психоаналітичних та біхевіористських підходів, які фокусувалися здебільшого на діагностиці та корекції симптомів, часто ігноруючи суб'єктивний досвід клієнта. Карл Роджерс, американський психолог, почав розробляти клієнт-центровану терапію у 1940–1950-х роках, акцентуючи увагу на повазі до особистості, емпатії та створенні сприятливого терапевтичного середовища.

Основна ідея Роджерса полягає в тому, що кожна людина має природну тенденцію до самореалізації і розвитку, а головною метою терапії є створення умов, у яких клієнт зможе максимально розкрити свій потенціал. Терапевт у цьому процесі виступає як підтримуючий партнер, який забезпечує безоціночне прийняття, емпатичне розуміння і щирість. Такий підхід сприяє формуванню у клієнта внутрішньої гармонії, усвідомленості і здатності до автономних життєвих рішень.

Клієнт-центровану терапію вважають гуманістичною, оскільки вона підкреслює унікальність і цінність кожної особистості, її свободу вибору і відповідальність. Важливим елементом є фокус на теперішньому досвіді клієнта і його суб'єктивній реальності.

Отже, клієнт-центровану терапію було створено Карлом Роджерсом у межах гуманістичної психології як інноваційний підхід, що акцентує увагу на самореалізації особистості, емпатії та безоціночному прийнятті, що сприяє розвитку внутрішніх ресурсів клієнта і зміцненню його психологічного благополуччя.

У другому питанні розглядається теорія особистості в клієнт-центрованій терапії, зокрема концепції самоактуалізації та «Я-концепції», які

є ключовими складовими розуміння людської природи в рамках цього підходу. Ці ідеї ґрунтуються на гуманістичній психології і відображають унікальний погляд Карла Роджерса на процес розвитку особистості.

Концепція самоактуалізації передбачає, що кожна людина має вроджену тенденцію до розвитку, зростання та реалізації свого потенціалу. Самоактуалізація є процесом поступового розкриття і здійснення власних можливостей, що веде до гармонійного та автентичного існування. В клієнт-центрованій терапії цей процес підтримується через сприятливі умови, що створює терапевт, зокрема емпатію, безоціночність і щирість.

«Я-концепція» — це уявлення людини про себе, що формується на основі досвіду, соціальних взаємодій та внутрішніх переживань. Вона включає образ «Я-ідеального» — того, ким людина прагне бути. Гармонія між «Я-реальним» та «Я-ідеальним» є показником психологічного здоров'я. Невідповідність між ними може призводити до перфекціонізму, внутрішнього конфлікту і психологічного дискомфорту.

Клієнт-центровані терапевти сприяють клієнтам у усвідомленні та інтеграції цих аспектів «Я», допомагають зменшити розрив між «Я-реальним» та «Я-ідеальним» через підтримку прийняття себе і розвиток внутрішньої цілісності.

Отже, теорія особистості у клієнт-центрованій терапії підкреслює вроджену тенденцію людини до самоактуалізації та значення «Я-концепції» як базису для психологічного здоров'я і гармонійного розвитку особистості.

У *третьому* питанні розглядаються основні методи і техніки клієнт-центрованої терапії, зокрема так звана «тріада Роджерса», яка включає конгруентність, емпатію та безумовне позитивне ставлення до клієнта. Ці компоненти становлять фундаментальний терапевтичний простір, що сприяє розвитку клієнта і його особистісній трансформації.

Конгруентність означає щирість і відкритість терапевта, відповідність його внутрішніх переживань і зовнішньої поведінки. Терапевт не приховує

своїх почуттів і реакцій, але при цьому діє з повагою до клієнта, що створює атмосферу довіри і безпеки.

Емпатія полягає у глибокому розумінні клієнта, здатності відчувати його внутрішній світ і переживання, ніби перебуваючи в його положенні, не втрачаючи при цьому власної ідентичності. Цей прийом дозволяє клієнту відчувати, що його почуття і досвід визнаються і приймаються.

Безумовне позитивне ставлення — це безоціночне прийняття клієнта таким, яким він є, незалежно від його поведінки чи життєвих обставин. Це ставлення підтримує самоповагу клієнта і сприяє формуванню внутрішньої свободи та відповідальності (Крупельницька, 2018).

У клієнт-центрованій терапії ці три елементи працюють у синергії, створюючи сприятливе середовище для особистісного зростання клієнта. Вони є основою для розвитку внутрішньої гармонії, зниження тривожності і подолання психологічних труднощів.

Методи терапії, що базуються на цих принципах, включають активне слухання, відображення почуттів, створення безпечного і підтримуючого простору, а також підтримку клієнта у самостійному пошуку рішень і відповідей.

Отже, конгруентність, емпатія і безумовне позитивне ставлення — ключові компоненти клієнт-центрованої терапії, що створюють основу для ефективної підтримки і розвитку особистості клієнта.

У *четвертому питанні* розглядається процес терапії в клієнт-центрованому підході, а також роль клієнта і терапевта у цьому процесі. Клієнт-центровану терапію Карла Роджерса характеризує особливий тип терапевтичної взаємодії, що базується на довірі, відкритості та повазі до унікальності кожної особистості.

Процес терапії у цьому підході є орієнтованим на створення безпечного, підтримуючого середовища, в якому клієнт відчуває себе вільним від оцінок і критики. Терапевт виконує роль партнера, який надає емоційну підтримку через емпатію, конгруентність і безумовне позитивне ставлення. Відсутність

директивності означає, що терапевт не нав'язує своїх рішень, а сприяє тому, щоб клієнт сам відкрив свої почуття, думки та потреби.

Роль клієнта у терапії є активною і відповідальною. Клієнт залучається до самопізнання, розвитку самосвідомості і пошуку власних рішень. Відкритість, готовність до саморефлексії та довіра до терапевта створюють умови для глибокої внутрішньої роботи і особистісних змін.

Взаємодія між клієнтом і терапевтом ґрунтується на автентичності і взаємній повазі. Терапевт, будучи конгруентним і емпатичним, допомагає клієнту відчувати прийняття, що стимулює внутрішній процес зростання і зміни. Такий підхід сприяє зниженню захисних механізмів, зменшенню тривожності та покращенню емоційного стану.

Отже, процес терапії в клієнт-центрованому підході є спільною роботою клієнта і терапевта, де створення безпечного середовища, емпатія і автентичність сприяють особистісному розвитку і подоланню внутрішніх труднощів.

У *п'ятому питанні* розглядається застосування клієнт-центрованої терапії у сучасній психології, зокрема її принципи роботи в освітніх і організаційних контекстах, а також критика й обмеження цього підходу. Клієнт-центрований підхід, розроблений Карлом Роджерсом, сьогодні є одним із провідних гуманістичних напрямків, що активно впроваджується не лише в психотерапії, а й у сфері освіти, менеджменту та організаційного розвитку.

У освітньому контексті принципи клієнт-центрованої терапії реалізуються через створення підтримуючого і безпечного середовища, де кожен учень або студент відчуває повагу, розуміння та прийняття. Педагоги, спираючись на емпатію і безумовне позитивне ставлення, сприяють розвитку автономії, творчості і самовираження учасників освітнього процесу. Такий підхід допомагає формувати мотивацію до навчання, зміцнювати самооцінку і підтримувати позитивну самоідентифікацію.

В організаціях клієнт-центрований підхід використовується для покращення комунікації, розвитку лідерства і формування здорової корпоративної культури. Акцент на довірі, автентичності і емпатії в робочих відносинах сприяє підвищенню залученості працівників, зниженню конфліктів і підвищенню продуктивності. Методика також застосовується в коучингу і тренінгах особистісного розвитку.

Водночас клієнт-центрована терапія зазнає критики й має певні обмеження. По-перше, її ефективність значною мірою залежить від мотивації і готовності клієнта до саморефлексії, що не завжди можливо у випадках тяжких психічних розладів або гострих криз. По-друге, відсутність структурованих директивних методів може ускладнювати застосування підходу у контекстах, де потрібні швидкі і конкретні рішення. По-третє, критики відзначають обмеженість емпіричної бази і складність кількісної оцінки результатів клієнт-центрованої терапії.

Отже, клієнт-центровану терапію успішно адаптують у сучасній психології для роботи в освіті та організаціях, проте вона має певні обмеження, пов'язані з мотивацією клієнтів, відсутністю директивності та обмеженою емпіричною підтримкою.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 9, 15, 22, 27.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення клієнт-центрованої терапії та охарактеризуйте її історичне становлення.
2. Перерахуйте основні поняття теорії особистості в клієнт-центрованій терапії.
3. Сформулюйте ключові техніки та принципи тріади Роджерса.

4. Розкрийте роль клієнта та терапевта у процесі клієнт-центрованої терапії.

5. Назвіть основні сфери застосування клієнт-центрованого підходу та основні критичні зауваження до методу.

ТЕМА 8. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ ФРЕДЕРІКА ПЕРЛЗА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з основами гештальт-терапії Фредеріка Перлза, вивчення історії формування методу, його філософських впливів, теорії особистості та ключових технік терапії. Особлива увага приділяється розумінню принципу «тут і зараз», ролі усвідомлення у терапії, а також практичним аспектам застосування гештальт-підходу в сучасному житті.

Основні поняття: гештальт-терапія, феноменологія, дзен-буддизм, усвідомлення, контакт, техніка «порожнього стільця», експериментальні техніки, полярності, терапевтичний процес.

План

1. Історія гештальт-терапії, вплив феноменологічної філософії та дзен-буддизму на формування гештальт-терапії.

2. Теорія особистості в гештальт-терапії: фокус на «тут і зараз».

3. Методи та техніки гештальт-терапії: техніка діалогу (стадія преконтакту, стадія контактування, стадія фінального контакту, стадія постконтакту) та проєктивні техніки (техніка «порожнього стільця», «гарячого стільця»; фокусоване усвідомлення; техніка експериментального посилення; техніка човника; техніка діалогу з частинами тіла; техніка роботи з полярностями, техніка здійснення кіл).

4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у гештальт-терапії: контакт з реальністю та фокус на усвідомленні.

5. Гештальт-терапія у контексті сучасного життя: розвитку усвідомленості та адаптації до змін. Критика та обмеження гештальт-терапії.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядаються історія виникнення гештальт-терапії, а також філософські й культурні впливи, зокрема феноменологічної філософії та дзен-буддизму, які сприяли формуванню її концептуальних засад. Гештальт-терапія як напрям психотерапії була створена у 1940–1950-х роках у США групою авторів, серед яких найвідомішим є Фріц Перлз, а також Лора Перлз і Пауль Гудман. Поява гештальт-терапії відбувалася в контексті загального інтелектуального клімату середини ХХ століття, який характеризувався критикою редуccionістських підходів у психології та пошуком більш цілісного і досвідно орієнтованого розуміння людини.

Гештальт-терапія виникла як реакція на обмеження класичного психоаналізу і прагнула поєднати в собі елементи гуманістичної психології, екзистенційної філософії, гештальт-психології та феноменології. Основним принципом гештальт-підходу є ідея цілісного сприйняття досвіду: важливим є не лише зміст переживань, а й спосіб, у який вони відбуваються «тут-і-зараз». У центрі терапевтичної уваги — суб'єктивний досвід людини, її контакти із середовищем та усвідомлення себе у цьому процесі.

Феноменологічна філософія справила глибокий вплив на становлення гештальт-терапії. Її ідеї про повернення до «самих речей», наголос на досвіді як первинному джерелі пізнання, а також спрямованість на опис явищ без інтерпретацій і суджень — усі ці підходи інтегрувались у гештальт-терапевтичну практику. Гештальт-терапія закликає фокусуватися на безпосередньому переживанні, актуальному моменті та процесі усвідомлення, що має багато спільного з феноменологічним методом.

Дзен-буддизм вплинув на гештальт-терапію через акцент на спогляданні, присутності в моменті та прийнятті досвіду без оцінювання. Практики усвідомлення (mindfulness), які притаманні дзен-філософії, знайшли своє відображення в ключовому гештальт-принципі «бути присутнім у теперішньому». Також дзен-буддизм вніс елементи парадоксального

мислення і уваги до тілесного досвіду як джерела знання про себе. Замість аналізу минулого, гештальт-терапія заохочує клієнта звертатися до свого теперішнього стану, з тілесними відчуттями, емоціями і процесами усвідомлення.

Таким чином, гештальт-терапія постала як відповідь на обмеження механістичних моделей психіки, поєднуючи ідеї феноменології та дзен-буддизму в контексті нової, цілісної психотерапевтичної практики, що орієнтується на досвід, присутність і розвиток усвідомлення.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості в гештальт-терапії, яка має унікальні риси, зокрема фокус на досвіді «тут і зараз», принцип контакту з оточенням, а також динамічне розуміння особистості як процесу, що постійно змінюється і формується у взаємодії з середовищем. На відміну від багатьох традиційних психологічних моделей, гештальт-терапія не пропонує фіксованої структури особистості, натомість розглядає її як постійну саморегуляцію у відповідь на ситуації життя.

Ключовим поняттям теорії особистості у гештальт-підході є контакт. Особистість проявляється через спосіб, у який людина вступає у контакт із середовищем, з іншими людьми, з власними внутрішніми станами. Контакт — це точка зустрічі організму і світу, де виникає досвід. Саме у контакті відбувається усвідомлення, прийняття рішень, формування сенсу і зміни в особистості. Контакт може бути повним, перерваним, уникненим або надмірним, і ці форми є основою для розуміння адаптації або дезадаптації.

Концепція «тут і зараз» є центральною для розуміння того, як особистість функціонує. Гештальт-терапія виходить з припущення, що лише теперішній момент є реальним і доступним для впливу та змін. Минуле і майбутнє існують лише через спогади та очікування, які виникають у теперішньому досвіді. Тому основне завдання терапії — допомогти клієнту усвідомити, що відбувається з ним у моменті, і розвинути здатність жити автентично у кожній конкретній ситуації.

Особистість у гештальт-терапії розглядається як процес, а не як усталена структура. Це процес безперервного творення «Я» через фази контакту, що включають попереднє усвідомлення, формування фігури, дії, завершення та асиміляцію досвіду. Таким чином, гештальт-підхід відмовляється від жорсткої типологізації особистості на користь живого, динамічного розуміння її як організму, що прагне до рівноваги, цілісності та сенсу.

Таким чином, теорія особистості в гештальт-терапії відображає цілісний, процесуальний і досвідно орієнтований підхід, у якому ключову роль відіграє здатність бути присутнім у моменті, вступати в автентичний контакт і усвідомлювати свої переживання, що дозволяє людині адаптуватися, змінюватися та зростати.

У *третьому питанні* розглядаються основні методи та техніки гештальт-терапії, які ґрунтуються на принципах феноменології, діалогу та усвідомлення досвіду в моменті «тут і зараз». Практика гештальт-терапії передбачає не лише вербальну роботу, а й активне використання тілесних, емоційних, когнітивних і символічних рівнів досвіду через специфічні техніки, що стимулюють глибшу саморефлексію та інтеграцію особистості.

Однією з ключових методологічних рамок гештальт-терапії є техніка діалогу, яка відображає процес контакту між клієнтом і середовищем. Цей процес умовно поділяється на чотири стадії:

1. «Стадія преконтакту» передбачає виникнення потреби, імпульсу або напруги, які ще не до кінця усвідомлені. На цьому етапі терапевт допомагає клієнту сконцентрувати увагу на внутрішніх сигналах і тілесних переживаннях.

2. «Стадія контактування» — це процес наближення до контакту, зростання інтересу й уваги до певного аспекту досвіду. Тут важливо підтримати розвиток усвідомлення та чіткість фігури на тлі.

3. «Стадія фінального контакту» — момент інтенсивного емоційного чи когнітивного злиття з досвідом. Це точка найбільшого енергетичного напруження і потенціалу змін.

4. «Стадія постконтакту» передбачає завершення досвіду, асиміляцію нового знання про себе і повернення до стану рівноваги. Ця стадія важлива для інтеграції змін і переходу до нових циклів контакту (Ігнатович, 2024).

Проективні техніки використовуються для дослідження внутрішніх конфліктів, неусвідомлених частин «Я» і полярностей, які проявляються у поведінці, емоціях або стосунках. Серед них:

Техніка «порожнього стільця»: клієнт уявно звертається до іншої особи або частини себе, які уявно «сидять» навпроти. Це сприяє виявленню невисловлених почуттів, проясненню стосунків або інтеграції внутрішніх частин.

Техніка «гарячого стільця»: використовується в груповій терапії, коли один учасник займає центральне місце в увазі групи, працюючи з інтенсивним емоційним досвідом у моменті.

Фокусоване усвідомлення: спрямоване на глибоку концентрацію на тілесних, емоційних і сенсорних сигналах у теперішньому моменті, що підвищує якість контакту із собою.

Техніка експериментального посилення: клієнт заохочується підсилити певну поведінку, голос, позу чи емоцію для кращого усвідомлення її значення. Це допомагає винести прихований зміст на поверхню.

Техніка «човника»: клієнт переміщується фізично або вербально між полярними частинами себе (наприклад, між «контролером» і «дитиною»), аби сприяти діалогу та інтеграції.

Техніка діалогу з частинами тіла: сприяє усвідомленню тілесних симптомів як способу комунікації внутрішніх процесів або пригнічених емоцій.

Техніка роботи з полярностями: полягає у виявленні суперечливих частин особистості, які конфліктують, і створенні умов для їхнього примирення та об'єднання.

Техніка здійснення кіл: передбачає послідовну роботу з певним емоційним станом або темою, проходячи її кількома рівнями глибини та усвідомлення.

Таким чином, методи і техніки гештальт-терапії базуються на принципі усвідомлення і включення досвіду «тут і зараз» через діалог, експеримент і тілесну роботу, сприяючи особистісній інтеграції, зміні фіксованих патернів поведінки та розвитку здатності до автентичного контакту.

У четвертому питанні розглядаються особливості процесу терапії, а також роль клієнта і терапевта в гештальт-терапії, з акцентом на контакт з реальністю та фокус на усвідомленні. Гештальт-терапія є експериментальним напрямом гуманістичної психології, що наголошує на значенні досвіду «тут і зараз», цілісності особистості та інтеграції усвідомлення, відповідальності й вибору. Її ключовим завданням є сприяння клієнту в досягненні більш повного контакту з власним життям, з оточенням, з іншими людьми та з собою.

Процес терапії в гештальт-підході не є лінійною процедурою, що передбачає суворе проходження певних стадій, а радше динамічним процесом розвитку контакту та усвідомлення (Климчук, 2004). Терапевтична взаємодія будується навколо досвіду, який виникає в моменті «тут і тепер», і спрямована на розпізнавання та опрацювання перерваних гештальтів, тобто незавершених ситуацій, що впливають на емоційний і поведінковий стан клієнта. У цьому контексті контакт і усвідомлення виступають центральними поняттями. Контакт означає процес взаємодії між організмом і середовищем, під час якого відбувається обмін інформацією, енергією та емоціями. Усвідомлення — це здатність особи бути уважною до своїх відчуттів, думок, емоцій, тілесних реакцій та контексту, в якому вона перебуває.

Роль клієнта у гештальт-терапії полягає передусім у набутті активної позиції щодо власного досвіду (Цільмак, 2005). Клієнт розглядається не як пасивний реципієнт допомоги, а як повноцінний учасник терапевтичного процесу, відповідальний за своє зростання. Завданням клієнта є дослідження

себе в поточному моменті, відслідковування того, як він контактує із зовнішнім світом і як перериває цей контакт. Клієнт вчиться усвідомлювати власні потреби, бажання, конфлікти та фрустрації, а також досвідчувати повноту своїх почуттів без уникання чи витіснення.

Роль терапевта в цьому процесі — бути фасилітатором усвідомлення, супроводжуючи клієнта у пізнанні самого себе (Цільмак, 2008). Гештальт-терапевт виступає не як експерт, що надає інтерпретації, а як присутній, автентичний партнер у діалозі. Він підтримує процес дослідження клієнтом свого досвіду через зворотний зв'язок, експерименти, спільне осмислення і пропонування нових способів дії. Контакт між терапевтом і клієнтом є унікальною формою міжособистісної зустрічі, де важливе значення має відкритість, прозорість і емоційна присутність. Завдяки цьому клієнт отримує досвід нового типу стосунків, що може бути корисним для подальших змін у повсякденному житті.

Фокус на усвідомленні у гештальт-терапії полягає в розвитку здатності клієнта розпізнавати власні патерни поведінки, механізми уникання, проєкцій, ретрофлексії та інших форм психологічного захисту. Терапевтична робота часто включає в себе роботу з тілесними відчуттями, голосом, рухом, уявою, символами та просторовим розміщенням, що сприяє цілісному залученню особистості. Важливою складовою є також експерименти в межах сесії, які створюють умови для нових способів реагування і дозволяють клієнту вийти за межі звичних шаблонів.

Таким чином, гештальт-терапевтичний процес орієнтований на створення умов для безпечного і глибокого контакту з реальністю, що передбачає усвідомлення себе у контексті навколишнього світу. Цей підхід сприяє відновленню здатності особи до вільного вибору, відповідального прийняття рішень та повноцінної участі у власному житті. У контексті навчання майбутніх фахівців важливо звертати увагу не лише на техніки гештальт-практики, але й на розвиток здатності бути присутнім у моменті,

спостерігати за собою і підтримувати автентичний діалог, що є основою ефективної терапевтичної взаємодії.

У *п'ятому питанні* розглядається значення гештальт-терапії у контексті сучасного життя, зокрема її потенціал у розвитку усвідомленості та адаптаційних можливостей особистості, а також критичний аналіз і визначення обмежень цього підходу. В умовах швидких соціокультурних змін, інформаційного перенасичення, невизначеності та зростання психологічного навантаження гештальт-терапія пропонує ефективні інструменти для підтримки особистості у процесі адаптації, збереження психічної цілісності та розвитку внутрішнього ресурсу.

Ключова ідея гештальт-підходу — це повернення до безпосереднього досвіду, розвиток глибокої уважності до себе та до світу, а також навчання способам автентичного контакту. Ця ідея є особливо актуальною у сучасному контексті, де особа часто втрачає зв'язок з реальністю через технологічні посередництва, постійну багатозадачність та втрату сенсів. Гештальт-терапія, підкреслюючи важливість фокусування на «тут і тепер», сприяє розвитку навичок усвідомлення — як свого тіла, емоцій, думок, так і навколишнього середовища. Усвідомленість, у цьому сенсі, виступає не лише як терапевтичний інструмент, але й як стиль життя, що дозволяє особі бути більш присутньою, гнучкою та здатною до вибору.

У сфері адаптації до змін гештальт-підхід підтримує розвиток здатності жити у відкритому контакті з новими умовами, досліджувати свої реакції, потреби і бар'єри без поспішного оцінювання чи втечі. Завдяки акценту на відповідальності, гештальт-терапія сприяє формуванню внутрішньої опори у клієнта, зниженню залежності від зовнішніх авторитетів чи схем поведінки. Через роботу з незавершеними ситуаціями (перерваними гештальтами), особа має можливість інтегрувати минулий досвід, звільняючи психічну енергію для нових форм поведінки та адаптивної взаємодії з навколишнім середовищем.

Водночас, незважаючи на широку популярність і практичну цінність, гештальт-терапія піддається ряду критичних зауважень та має певні обмеження. По-перше, вона акцентує увагу на досвіді «тут і тепер», що іноді веде до недостатнього опрацювання глибоких травматичних процесів або структурних змін особистості, які потребують довготривалого аналізу. По-друге, гештальт-терапія розвивалася переважно у контексті західної культури з її фокусом на індивідуалізмі, що може обмежувати її ефективність у колективістських суспільствах, де пріоритетами є гармонія в групі та відповідність соціальним ролям.

Крім того, певну критику викликає відносна відсутність уніфікованої методології, що ускладнює стандартизацію терапевтичного процесу, оцінку ефективності й академічну інтеграцію цього підходу. Деякі науковці вказують на недостатність емпіричних досліджень у порівнянні з когнітивно-поведінковими чи психодинамічними школами. Також практика експериментування у сесії, характерна для гештальт-терапії, потребує високої компетентності терапевта, щоб уникнути інтервенцій, які можуть бути надто інтенсивними або недоречними для конкретного клієнта.

Важливо також враховувати, що не всі клієнти готові до роботи з високим рівнем саморефлексії, відповідальності та тілесного усвідомлення, які вимагає гештальт-підхід. У деяких випадках клієнти очікують чітких порад чи інтерпретацій, а не дослідження досвіду, що може призводити до фрустрації або передчасного завершення терапії.

Незважаючи на зазначені критичні зауваження, гештальт-терапія зберігає свою актуальність і продовжує інтегруватися з іншими підходами — тілесно-орієнтованими, екзистенційними, травмо-орієнтованими методами, а також практиками майндфулнес і сучасними нейронауковими відкриттями. Вона демонструє високу гнучкість та здатність відповідати на виклики часу, залишаючись гуманістично орієнтованою та практично застосовною у різних контекстах: від індивідуальної терапії до групової роботи, освіти та організаційного розвитку.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 4, 6, 7, 9, 14, 15, 19, 24, 25.

Питання для самоконтролю:

1. Дайте визначення гештальт-терапії та опишіть її історичне становлення.
2. Перерахуйте основні принципи теорії особистості в гештальт-терапії.
3. Сформулюйте ключові методи та техніки гештальт-терапії.
4. Розкрийте роль клієнта та терапевта у процесі гештальт-терапії.
5. Назвіть основні напрямки застосування гештальт-терапії та її обмеження.

ТЕМА 9. ДАЗАЙН-АНАЛІЗ ЛЮДВІГА БІНСВАНГЕРА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з основами дазайн-аналізу Людвіга Бінсвангера, розкриття філософських та психологічних засад методу, а також вивчення теорії особистості і практичних технік дозволу екзистенційних питань у терапії.

Основні поняття: дазайн-аналіз, екзистенціальна психологія, феноменологія, Dasein, буття, автентичність, феноменологічний метод.

План

1. Історія дазайн-аналізу: екзистенціально-феноменологічна психологія. Вплив Гайдеггера.
2. Теорія особистості в дазайн-аналізі: концепція Dasein як способу людського існування у світі та взаємодії з ним.
3. Методи і техніки дазайн-аналізу: феноменологічний метод та аналіз досвіду буття та сенсу існування.

4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у дазайн-аналізі: розуміння буття та автентичності.

5. Дазайн аналіз у контексті сучасного життя. Критика та обмеження дазайн-аналізу.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядається історія формування дазайн-аналізу як окремого напрямку в екзистенціально-феноменологічній психології, з особливим акцентом на філософську спадщину Мартіна Гайдеггера. Дазайн-аналіз виник у другій половині XX століття як спроба інтегрувати філософські ідеї екзистенціалізму та феноменології в психотерапевтичну практику, відштовхуючись від критики редукціоністських підходів до психіки людини та прагнучи відновити цілісне розуміння людського буття.

Термін «дазайн» (нім. *Dasein* — «буття-тут», «присутність») був запропонований Гайдеггером у його фундаментальній праці «Буття і час». У гайдеггерівській філософії дазайн не є просто людиною як біологічною чи психологічною істотою, а радше способом буття, який характеризується відкритістю до світу, наявністю самосвідомості, здатністю ставити питання про сенс буття і нести відповідальність за власне існування. Дазайн — це істота, яка перебуває у світі, усвідомлює свою скінченність і має свободу вибору, але водночас обмежена умовами своєї екзистенції.

Ці ідеї стали основою для нового способу розуміння психотерапевтичної взаємодії. Замість інтерпретації симптомів як результату внутрішніх конфліктів (психоаналіз) чи помилкових когніцій (КПТ), дазайн-аналіз пропонує бачити психічні розлади як вираження порушень у способі буття людини у світі. Терапія у цьому підході не орієнтована на зміну поведінки чи усунення симптомів, а на дослідження структури екзистенційного досвіду — того, як особа проживає свою тілесність, час, простір, міжособистісні стосунки, свободу, провину, страх, надію та смерть.

Історично дазайн-аналіз формувався під впливом кількох важливих філософсько-психологічних напрямів. Вагомий внесок у розвиток цього підходу зробили швейцарський психіатр Медард Босс та американський дослідник і психотерапевт Людвіг Бінсвангер. Обидва вони прагнули переосмислити психіатричну практику на основі філософії Гайдеггера. Медард Босс тісно співпрацював із самим Гайдеггером, що дозволило сформулювати метод «дазайн-аналізу» як спосіб терапевтичної інтерпретації феноменів людського існування з позиції буттєвої філософії.

Босс запропонував розглядати психотерапію не як технічне втручання, а як співбуття — діалог двох дазайн, в якому терапевт не намагається змінити клієнта, а разом з ним розкриває шляхи до автентичного існування. Така терапія базується на відкритому, неоцінювальному ставленні до клієнта, де ключовою є не діагностика, а спільне дослідження досвіду. Терапевтична зустріч у цьому підході постає як простір, у якому дозволяється з'являтися тому, що є, без примусу до змін чи досягнення певного результату.

Феноменологічна методологія, що лежить в основі дазайн-аналізу, вимагає від терапевта призупинити власні упередження і концептуальні схеми, щоб «бачити» клієнта у його безпосередньому існуванні. Це означає уважність до мови, пауз, тілесних реакцій, способів перебування у просторі та часу. Такий підхід передбачає глибоку етичну відповідальність терапевта, який стає свідком і учасником процесу розкриття буття клієнта.

Завдяки своєму філософському підґрунтю дазайн-аналіз значною мірою змінив розуміння мети терапії. Вона не полягає у «лікуванні» у традиційному сенсі, а у створенні умов, за яких особа може знайти власний шлях до автентичності, осмислення власного буття та прийняття відповідальності за нього. Це робить дазайн-аналіз особливо цінним у роботі з темами сенсу, екзистенційної тривоги, втрат, кризи ідентичності чи духовного пошуку.

Таким чином, дазайн-аналіз є прикладом глибокої інтеграції філософської думки у психотерапевтичну практику. Він не лише пропонує альтернативу технократичним моделям психологічної допомоги, але й

зберігає акцент на суб'єктивному досвіді, екзистенційній свободі та унікальності кожної людської присутності. У контексті підготовки майбутніх фахівців важливо ознайомити студентів з основами філософії буття, розвивати чутливість до мовлення й досвіду іншого, а також критичне мислення щодо застосування психотерапевтичних теорій у контексті живої реальності людини.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості в дазайн-аналізі, що ґрунтується на концепції Dasein як способу людського існування у світі та взаємодії з ним. На відміну від класичних психологічних моделей особистості, які прагнуть структурувати психіку за допомогою сталих елементів (як-от «Я», «Воно», «Над-Я» у психоаналізі, або когнітивні схеми в когнітивній психології), дазайн-аналіз виходить із феноменологічного розуміння людини як відкритої системи, яка постійно перебуває у процесі становлення, вибору та взаємозв'язку з буттям.

Центральне поняття теорії — це Dasein, що в перекладі з німецької означає «буття-тут» або «наявне буття». У філософії Мартіна Гайдеггера, на якій базується дазайн-аналіз, Dasein не є конкретною сутністю чи індивідом у звичному розумінні, а радше способом буття, який притаманний лише людині. Dasein характеризується тим, що воно завжди вже знаходиться у світі, у певному контексті, у відношенні до інших і до себе самого. Особистість у цьому підході розуміється не як внутрішній механізм чи сукупність якостей, а як спосіб бути у світі — відкритий, історичний, часовий і ситуаційний.

Такий підхід передбачає, що особистість не може бути зведена до чітко окресленої структури; вона є процесом, що реалізується через конкретні акти буття, через вибір, рішення, взаємодію і прийняття власної екзистенційної обмеженості. Особистість як Dasein завжди перебуває у напрузі між автентичністю (буттям згідно з власною правдою) та неавтентичністю (життям у відповідності до суспільних очікувань, шаблонів, безособових «вони»). Внутрішній конфлікт або страждання розглядаються не як симптоми

дисфункції, а як сигнали втрати контакту зі своїм автентичним способом буття.

Особистість у дазайн-аналізі також описується через фундаментальні екзистенційні виміри, які визначають спосіб перебування у світі. Ці виміри включають:

- світ простору — тілесне перебування у фізичному середовищі;
- світ стосунків — взаємодію з іншими людьми;
- внутрішній світ — ставлення до себе, власних цінностей і виборів;
- часовість — досвід минулого, теперішнього і майбутнього як нерозривної цілісності.

Ці виміри не є незалежними або послідовними — вони переплітаються і створюють унікальний образ існування кожної людини. Особистість у дазайн-аналізі постає як відкритий проект, який ніколи не є завершеним: людина постійно самовизначається, змінюється у відповідь на обставини, стикається з межами і свободою, страхом і надією.

Особливу увагу в теорії особистості дозволяє зрозуміти феномен «екзистенційної провини» — не як морального осуду, а як усвідомлення того, що ми завжди обираємо певний спосіб буття, відкидаючи інші, і несемо відповідальність за наслідки цього вибору. Звідси походить і екзистенційна тривога, яка не є патологією, а природним наслідком свободи людини.

Важливим є також розуміння часу як внутрішнього досвіду, що визначає, ким є людина. На відміну від об'єктивного хронометру, екзистенційний час — це той спосіб, у який людина переживає свою історію, надії, втрати та майбутнє. У дозволі на справжнє проживання цього часу і полягає терапевтичний потенціал дазайн-аналізу.

Таким чином, теорія особистості в дазайн-аналізі відходить від редукціоністських або механістичних уявлень на користь динамічного, відкритого і глибоко етичного розуміння особистості як живої присутності у світі. У методичних рекомендаціях для семінарських занять це вимагає зосередженості не лише на теоретичних положеннях, а й на розвитку в

студентів здатності до феноменологічного спостереження, екзистенційного аналізу досвіду, вміння бачити за поведінкою — спосіб буття. Це відкриває нові можливості як для терапевтичної практики, так і для особистісного зростання майбутніх фахівців.

У *третьому питанні* розглядаються методи і техніки дазайн-аналізу, зокрема феноменологічний метод та підходи до аналізу досвіду буття і сенсу існування. Особливість цього напрямку психотерапії полягає у відмові від стандартизованих технік на користь глибокої уваги до живого досвіду клієнта та автентичного діалогу, в якому спільно досліджується спосіб буття людини у світі.

Феноменологічний метод, що є підґрунтям дазайн-аналізу, бере свій початок у філософії Едмунда Гусерля та отримує подальший розвиток у роботах Мартіна Гайдеггера, який виводить феноменологію з рамок пізнання до екзистенційного розуміння буття. На відміну від емпіричних методів психології, феноменологічний підхід вимагає «епохе» — призупинення попередніх суджень, теорій та уявлень для того, щоб відкрити доступ до безпосереднього переживання. У психотерапевтичному контексті це означає зосередженість на тому, що і як переживає клієнт у конкретний момент, не нав'язуючи інтерпретацій і не прагнучи змінити чи виправити цей досвід.

Терапевт, працюючи у межах дазайн-аналізу, застосовує не набір технік, а певну позицію — відкрити, уважну і присутню. Його завдання полягає у створенні простору, де клієнт може звернутися до власної екзистенції, помітити, як він живе, на які питання намагається відповісти, чого уникає, і яким чином структурує своє буття. Аналіз досвіду відбувається не через діагностичні категорії, а через спільне дослідження того, як особа перебуває у світі — у стосунках, у часі, у тілі, у мовленні, у ціннісних виборах.

Одним із ключових інструментів є опис замість пояснення. Терапевт підтримує клієнта у вербалізації його переживань так, щоб розкрити внутрішню логіку екзистенційного досвіду. Наприклад, замість питати «чому ви це зробили», терапевт може запитати «як ви це переживали» або «що ви

відчували у той момент». Такий підхід дозволяє наблизитися до первинного сенсу переживання, не зводячи його до причинно-наслідкових схем.

Ще одним важливим методом є феноменологічне зчитування екзистенційних структур — способу буття клієнта у світі. Терапевт звертає увагу на типові форми перебування: чи схильний клієнт уникати, контролювати, розчинятись в інших, залишатися у відстороненій позиції, чи, навпаки, прагне повного злиття зі значущими людьми. Такі способи буття виявляються у мовленні, поставі тіла, темпі мовлення, ритмі дихання, стилі мислення — тобто в усьому, що формує живу присутність.

У дазайн-аналізі важливе місце займає аналіз сенсу — не в моральному чи ідеологічному розумінні, а як смислової орієнтації особистості у світі. Це дослідження того, що для людини значуще, на що вона спирається у виборі дій, у ставленні до втрат, у зустрічі зі смертю чи свободою. Сенс розуміється як те, що структурно вписане в екзистенцію, а не як зовнішнє пояснення. Зміна сенсу не досягається нав'язуванням нових переконань, а виникає з глибокого усвідомлення свого способу буття.

Певні технічні прийоми все ж можуть використовуватись у межах дазайн-аналізу, однак вони не є універсальними або шаблонними. Наприклад, терапевт може використовувати паузи, запрошення до спостереження за власним диханням, опис тілесних відчуттів, увагу до тиші чи до того, як клієнт говорить про щось важливе. Проте ці інтервенції не є метою самі по собі — вони лише підтримують процес повернення клієнта до себе, до власного буття, у всій його неоднозначності.

Таким чином, методи дазайн-аналізу базуються не на інструментальній дії, а на особливому способі бути з іншою людиною, де терапевт не є експертом, що «знає як треба», а є співдослідником буття, відкритим до того, що є — навіть якщо це незрозуміле, болісне або парадоксальне. Це робить дазайн-аналіз не лише терапевтичною методологією, а й глибокою антропологічною практикою.

У четвертому питанні розглядається процес терапії, а також роль клієнта і терапевта в дазайн-аналізі з фокусом на розуміння буття та автентичності. Відповідно до екзистенційно-феноменологічного підходу, терапія у межах дазайн-аналізу не є механічною процедурою лікування чи усунення симптомів, а радше зустріччю двох існувань, у якій розкривається сенс людського буття. Терапевтична робота орієнтована на дослідження способу, в який людина перебуває у світі, і на сприяння її рухові до більшої автентичності — тобто життя відповідно до власної істинної природи, а не до очікувань, страхів чи зовнішніх шаблонів.

Процес терапії в дазайн-аналізі є відкритим, неконтрольованим у класичному сенсі і таким, що розгортається у часовому горизонті, визначеному самою динамікою буття клієнта. У центрі терапевтичної взаємодії — досвід, який людина проживає у моменті зустрічі, у діалозі, у відношенні до іншого, до себе та до світу. У цій взаємодії особливе значення має не зміст того, що говорить клієнт, а спосіб його висловлювання, стиль присутності, вибудовування тиші або напруги, ставлення до пауз, власного тіла, часу, минулого і майбутнього.

Роль клієнта в дазайн-аналізі полягає не у «розкритті» прихованих конфліктів, а в поступовому відкритті себе як того, хто є. Це означає, що клієнт вчиться звертати увагу на власний спосіб буття, усвідомлювати його межі, суперечності, захисні структури, а також можливості трансформації. Такий процес вимагає не стільки інтелектуального розуміння, скільки екзистенційного переживання — готовності бути у контакті з невизначеністю, із страхом, провинною, надією та відповідальністю. Клієнт не зобов'язаний змінюватися, але запрошується дослідити, яким чином він формує своє життя і що заважає йому бути більш автентичним.

Роль терапевта у дазайн-аналізі кардинально відрізняється від ролі фахівця у директивних або інтерпретаційних підходах. Терапевт не є експертом з «виправлення» або з тлумачення, а виступає як супутник у дослідженні буття (Климчук, 2004). Він не нав'язує клієнтові сенси чи

діагнози, не спрямовує до певного результату, а підтримує простір відкритого діалогу. Присутність терапевта у терапії — це передусім форма співбуття, в якій його власна автентичність стає умовою глибокого контакту. Терапевт уважно слідкує за тим, що відбувається між ним і клієнтом, і не боїться бути вразливим, людяним, але водночас зберігати фахову відповідальність.

Ключовими категоріями терапевтичного процесу є «буття-в-світі», «відкритість», «автентичність» та «розкриття». Людина вважається такою, що здатна трансформувати своє існування через усвідомлення власної закладеної свободи та меж. Автентичність у дазайн-аналізі — це не набір властивостей чи поведінкових ознак, а процес існування, в якому особа бере на себе відповідальність за свої вибори, відмовляється від автоматичного наслідування норм і відкрито приймає власну скінченність. Автентичність не є остаточним станом — це постійне напруження між покликом власного буття і спокусою неавтентичного життя, в якому домінують «вони» — маса, буденність, умовності.

Процес терапії може включати розпізнавання неавтентичних стратегій — уникання, відчуження, приховування, автоматизму — і створення простору, в якому ці механізми можуть бути помічені, прийняті й поступово подолані. Однак ця робота відбувається не через прямий аналіз, а через спільне перебування у досвіді, яке часто супроводжується тишею, емоційною присутністю, тілесною увагою і несподіваними відкриттями.

Дазайн-аналіз не пропонує стандартизованої маршрутизації «від проблеми до рішення». Натомість він створює умови для того, щоб клієнт міг знову зустрітися з питанням «ким я є?», «як я живу?», «що для мене справжнє?», «що мені заважає бути собою?». Відповіді на ці питання не надаються терапевтом — вони з'являються або не з'являються в контексті живої, невимушеної, етичної і водночас глибокої зустрічі.

Важливим є також розвиток чутливості до автентичного стилю існування і вміння підтримати клієнта у розкритті власної істини, навіть якщо вона

болісна, тривожна або суперечлива. У цьому полягає сутність дазайн-аналізу як практики людяної і цілісної зустрічі.

У *п'ятому питанні* розглядається місце дазайн-аналізу в контексті сучасного життя, а також подається критичний аналіз цього підходу з акцентом на його обмеження. Дазайн-аналіз як напрям екзистенційно-феноменологічної психотерапії пропонує глибоке осмислення людського буття у світі, фокусуючись на унікальному досвіді особи, її свободі, відповідальності та пошуках автентичності. У сучасну епоху прискорення життєвих ритмів, цифрової фрагментації свідомості, зростання тривожності та втрати сенсу дазайн-аналіз зберігає актуальність як підхід, що повертає людину до самого себе та до справжніх засад існування.

Однією з головних цінностей дазайн-аналізу у сьогоденні є його здатність створювати простір для уповільнення, внутрішньої рефлексії та глибокої присутності. На тлі суспільних очікувань ефективності, продуктивності та постійного самовдосконалення, дазайн-аналіз пропонує іншу перспективу — бути, а не досягати; усвідомлювати, а не оптимізувати; зустрічати світ, а не підкорювати його. Він орієнтований на суб'єктивний досвід, надає сенс у ситуаціях екзистенційної кризи, втрати, невизначеності чи духовного пошуку. Терапевтичний контакт у цьому підході постає як форма людяної присутності, в якій особа отримує можливість знову пережити власне буття як значуще, пов'язане з цінностями, відповідальністю і свободою вибору.

У сучасному житті дазайн-аналіз також виступає як контрпозиція до терапевтичних систем, що прагнуть до стандартизації та алгоритмізації. На відміну від директивних і симптомоорієнтованих підходів, які часто пропонують короткочасне втручання з вимірюваним результатом, дазайн-аналіз визнає складність, неоднозначність і парадоксальність людського існування. Він підкреслює, що не всі внутрішні стани підлягають швидкій зміні або «виправленню», а деякі мають бути просто визнані, прожиті й осмислені.

Разом з тим, дазайн-аналіз не позбавлений обмежень, які варто враховувати як з теоретичного, так і з практичного погляду. Однією з основних критичних точок є складність філософської мови і понять, що використовуються в цьому підході. Гайдеггерівська термінологія (зокрема, поняття «буття», «дазайн», «неавтентичність», «розкриття») є абстрактною і часто недостатньо зрозумілою не тільки для клієнтів, але й для фахівців без філософської підготовки. Це створює труднощі в навчанні, застосуванні і популяризації дазайн-аналізу як психотерапевтичної моделі.

Іншим обмеженням є недостатня операціоналізація методів та технік. Оскільки дазайн-аналіз принципово уникає стандартизації і шаблонів, робота терапевта великою мірою залежить від його особистої зрілості, феноменологічної чутливості та здатності бути присутнім у міжособистісному полі. Це вимагає тривалої професійної підготовки, глибокої саморефлексії та вміння утримувати невизначеність. У практичному полі це може означати нерівномірність якості терапевтичної роботи між фахівцями, а також складність у розробці навчальних програм і критеріїв ефективності.

Дазайн-аналіз також іноді критикується за надмірну зосередженість на внутрішньому досвіді за рахунок соціального та культурного контексту. Хоча філософія Гайдеггера визнає вбудованість дазайн у світ, в практиці терапії цей аспект може бути недостатньо акцентований. Це створює ризик індивідуалізації проблем, які мають системний характер (наприклад, насильство, дискримінація, соціальна ізоляція), і зміщення відповідальності лише на особу. У такому контексті дазайн-аналіз може бути менш ефективним для клієнтів, які потребують підтримки в адаптації до соціально обумовлених труднощів.

Ще одним аспектом критики є обмежена дослідницька база. Порівняно з когнітивно-поведінковою терапією або методами, що базуються на нейронауках, дазайн-аналіз має менше емпіричних підтверджень ефективності. Це ускладнює його інтеграцію у системи охорони здоров'я, де

домінують доказові моделі. Водночас складність у вимірюванні ефективності не є свідченням неефективності — радше, вона відображає інший епістемологічний підхід, орієнтований не на кількісний результат, а на глибинне осмислення змін.

Попри зазначені обмеження, дазайн-аналіз зберігає свою цінність як терапевтична практика, що дозволяє людині вивести на передній план питання сенсу, свободи, смерті, автентичності, відповідальності та любові — теми, які не вичерпуються жодною технікою. Його потенціал полягає у тому, що він визнає людину не як об'єкт втручання, а як суб'єкта буття, що завжди здатен до вибору, переосмислення і трансформації.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 15, 16, 17, 21, 23, 27.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення дазайн-аналізу та опишіть його історичне походження.
2. Перерахуйте основні принципи теорії особистості в дазайн-аналізі.
3. Сформулюйте ключові методи та техніки дазайн-аналізу.
4. Розкрийте роль клієнта і терапевта у процесі дазайн-аналізу.
5. Назвіть особливості застосування дазайн-аналізу у сучасному житті та його обмеження.

ІІІ. КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНИЙ НАПРЯМ.

ТЕМА 10. БІХЕВІОРАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ ДЖ. УОТСОНА ТА Б. Ф. СКІННЕРА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з основами біхевіоральної психотерапії, її історичним розвитком, теоретичними засадами та

практичними методами, а також аналіз ролі клієнта і терапевта в процесі терапії.

Основні поняття: біхевіоральна психотерапія, класичне умовлення, оперантне навчання, підкріплення, покарання, десенсибілізація, тренінг асертивності.

План

1. Історія біхевіоральної психотерапії: від класичного умовного рефлексу до оперантного навчання. Витоки у роботах Джона Уотсона і розвиток у дослідженнях Скіннера.

2. Теорія особистості в біхевіоральній психотерапії: поведінка як результат навчання. Формула $S \rightarrow R$ та $S \rightarrow PP \rightarrow R$.

3. Методи та техніки біхевіоральної психотерапії. Методи: позитивне і негативне підкріплення, позитивне та негативне покарання, ігнорування, систематична десенсибілізація. Техніки: цілеспрямоване підкріплення, самопідкріплення, мисленнєвий «стоп», тренінг асертивності.

4. Процес терапії, роль клієнта і терапевта у біхевіоральній психотерапії: формування нових моделей поведінки через тренування та контроль.

5. Біхевіоральна терапія в сучасному світі: застосування в лікуванні залежностей, фобій та тривожними розладами. Критика та обмеження біхевіоральної терапії.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядається історія біхевіоральної психотерапії, її витоки та еволюція від класичного умовного рефлексу до оперантного навчання. Біхевіоральна психотерапія як напрямок у психології сформувалася на основі досліджень у галузі поведінкової науки, які почали активно розвиватися на початку XX століття. Цей підхід акцентує увагу на спостережуваній поведінці як основному об'єкті вивчення, відкидаючи внутрішні психічні стани як недоступні для наукового аналізу.

Першим ключовим фахівцем став Джон Бродус Уотсон, який у 1913 році опублікував статтю «Психологія як наука поведінки», де оголосив про необхідність дослідження тільки об'єктивної поведінки, відкидаючи інтроспекцію та вивчення свідомості як науково неприпустимі. Уотсон вважав, що поведінка формується виключно через навчання й умови навколишнього середовища, і вважав, що психологія повинна спрямовуватися на вивчення взаємодії стимулів і реакцій. Його експеримент з маленьким Альбертом, в якому дитині навмисно сформували страх перед білим щуром через поєднання його з гучним звуком, став відомим прикладом класичного умовного страхового рефлексу.

Наступним етапом розвитку біхевіоральної психотерапії стало впровадження оперантного (інструментального) навчання, яке детально досліджував американський психолог Б. Ф. Скіннер. На відміну від класичного умовного рефлексу, що базується на асоціації стимулів, оперантне навчання акцентує роль наслідків поведінки у формуванні і підтриманні дій. Скіннер довів, що поведінка підкріплюється або ослаблюється в залежності від позитивних чи негативних наслідків — підкріплення або покарання. Він розробив лабораторні методики, такі як «клітка Скіннера», для систематичного вивчення законів оперантного навчання.

Біхевіоральна психотерапія, базуючись на цих дослідженнях, застосовує принципи класичного і оперантного умовлення для модифікації поведінки клієнтів. Вона включає різноманітні техніки, такі як систематична десенсибілізація, аверсивна терапія, тренування соціальних навичок, формування нових звичок та інші. Ключовим принципом є фокусування на зовнішній поведінці, яка є предметом терапевтичного втручання, з мінімальним акцентом на внутрішні переживання.

Таким чином, історія біхевіоральної психотерапії ілюструє поступовий перехід від вивчення рефлексорних реакцій до розуміння складних механізмів навчання через наслідки поведінки, що дозволило створити ефективні методи психологічної допомоги, орієнтовані на зміну адаптивних і

дезадаптивних патернів поведінки. Вивчення цих витоків важливе для розуміння принципів біхевіорального підходу і його застосування у сучасній психотерапевтичній практиці.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості в біхевіоральній психотерапії, яка базується на розумінні поведінки як результату навчання. У цьому підході особистість не розглядається як внутрішня структура зі сталими рисами або психічними процесами, а скоріше як сукупність сформованих патернів поведінки, які утворилися внаслідок взаємодії організму з навколишнім середовищем.

Ключовою основою теорії є концепція стимул — реакція ($S \rightarrow R$), яка підкреслює безпосередній зв'язок між впливом зовнішніх подразників (стимулів) і відповідною поведінковою реакцією. Ця формула бере початок із класичного умовного рефлексу, де нейтральний стимул стає умовним через систематичне поєднання з безумовним стимулом, що викликає безумовну реакцію. У рамках $S \rightarrow R$ модель підкреслюється, що поведінка є автоматичною відповіддю на певний стимул, і цю закономірність можна вивчати та передбачати (Каліщук, 2023).

Однак із розвитком біхевіоральної психології, особливо під впливом Б. Скіннера, була запропонована розширена формула (стимул $\rightarrow$ реакція підкріплення $\rightarrow$ реакція). Вона акцентує увагу на тому, що між стимулом і реакцією існує проміжний етап — наслідок поведінки (підкріплення або покарання), який впливає на ймовірність повторення цієї поведінки у майбутньому. Це означає, що поведінка не є простою відповіддю на стимул, а формується і підтримується через систему наслідків, що впливають на мотивацію.

З точки зору теорії особистості, така модель пояснює, що індивід є результатом історії навчання, де різні стимули і наслідки формують його поведінкові репертуари. Особистість у цьому розумінні — це не статична сутність, а динамічна система поведінкових реакцій, які можна модифікувати шляхом змін у навколишньому середовищі та впливу на систему підкріплень.

Відтак, будь-які особистісні характеристики (як-от темперамент, мотивації, уподобання) розглядаються як прояви сформованих поведінкових патернів, що можуть змінюватися через новий досвід.

Така перспектива має важливі практичні наслідки для психотерапії. Терапевтична робота спрямована на зміну дезадаптивних поведінкових реакцій через кероване маніпулювання стимулами та підкріпленнями, що призводить до формування більш адаптивних патернів. При цьому роль внутрішніх психічних процесів або «особистісних рис» не ігнорується повністю, але розглядається крізь призму поведінкових наслідків і їх впливу на поведінку.

Отже, теорія особистості в біхевіоральній психотерапії, базуючись на формулах стимул —> реакція підкріплення —> реакція), акцентує увагу на вивченні й зміні поведінкових патернів, що формуються внаслідок навчання і підкріплення, а також відкриває практичні можливості для цілеспрямованого втручання з метою покращення психологічного стану людини. Цей підхід суттєво вплинув на розвиток ефективних методів психотерапії, що базуються на зміні поведінки.

У *третьому питанні* розглядаються методи та техніки біхевіоральної психотерапії, які ґрунтуються на принципах навчання через підкріплення та покарання. Цей підхід акцентує увагу на зміні поведінки шляхом цілеспрямованого впливу на взаємодію між стимулом і реакцією, що дозволяє формувати нові адаптивні патерни та зменшувати дезадаптивні.

Основні методи біхевіоральної терапії включають позитивне і негативне підкріплення, а також позитивне і негативне покарання (Калініна, 2010). Позитивне підкріплення полягає у введенні приємного стимулу після певної поведінки з метою збільшення ймовірності її повторення. Наприклад, похвала або винагорода за бажану дію стимулюють її подальше повторення. Негативне підкріплення означає усунення неприємного стимулу внаслідок прояву певної поведінки, що також збільшує ймовірність її виникнення. Наприклад, припинення неприємного звуку, коли клієнт виконує бажану дію.

Позитивне покарання полягає у застосуванні неприємного стимулу після небажаної поведінки з метою її зменшення. Це може бути, наприклад, словесне зауваження або невелике обмеження. Негативне покарання — це вилучення приємного стимулу після небажаної дії, наприклад, тимчасове позбавлення привілеїв, що знижує ймовірність повторення такої поведінки. Ігнорування як метод передбачає свідоме невідповідання на небажану поведінку, що знижує її частоту через відсутність підкріплення.

Одним із важливих методів біхевіоральної терапії є систематична десенсибілізація, спрямована на подолання страхів і тривог. Вона базується на поступовому й контрольованому зіткненні клієнта з об'єктом страху у безпечному середовищі, при цьому застосовуються релаксаційні техніки, що зменшують тривожну реакцію. Цей метод дозволяє замінити умовну реакцію страху на стан спокою, формуючи більш адаптивну поведінку.

Щодо технік, цілеспрямоване підкріплення передбачає свідоме і систематичне заохочення бажаних дій для формування нових навичок або звичок. Самопідкріплення — це техніка, коли клієнт самостійно винагороджує себе за досягнення певних цілей, що стимулює внутрішню мотивацію. Мисленнєвий «стоп» — це когнітивна стратегія, що полягає у свідомому перериванні небажаних думок або імпульсів з метою контролю поведінки (Крупельницька, 2018).

Тренінг асертивності — це спеціальна програма навчання навичкам ефективного та впевненого спілкування, що допомагає клієнтам відстоювати власні права, виражати почуття та потреби, не порушуючи меж інших. Ця техніка використовується для зміцнення самооцінки і покращення соціальних взаємодій.

Отже, методи та техніки біхевіоральної психотерапії представляють собою комплекс заходів, спрямованих на свідоме формування та зміну поведінкових патернів через систему підкріплень і покарань, а також розвиток навичок саморегуляції і ефективної комунікації. Вони мають

практичне значення як для клінічної роботи, так і для навчання студентів, які опановують психологічну допомогу з акцентом на поведінкові зміни.

У четвертому питанні розглядається процес терапії, а також роль клієнта і терапевта у біхевіоральній психотерапії з акцентом на формування нових моделей поведінки через тренування та контроль. Біхевіоральний підхід вважає, що поведінка людини формується та підтримується через навчання, тому терапія спрямована на цілеспрямовану зміну дезадаптивних патернів і формування адаптивних через застосування принципів оперантного і класичного умовлення.

Процес терапії у біхевіоральному підході є структурованим, цілеспрямованим і базується на конкретних завданнях, які обираються спільно терапевтом і клієнтом. Терапевт виконує роль фасилітатора зміни поведінки, розробляє індивідуальні програми втручання, які включають тренування нових навичок, навчання контролю над власними реакціями та формування позитивних звичок. Ці програми ґрунтуються на принципах підкріплення, повторення і систематичності.

Роль клієнта в цьому процесі полягає у активній участі, готовності до співпраці та виконанні завдань терапевта поза сесіями. Клієнт заохочується до самоаналізу своєї поведінки, відстеження ситуацій, які провокують дезадаптивні реакції, і свідомої роботи над їхньою зміною. Важливою є мотивація клієнта та його віра у можливість змін, що підсилюється підтримкою і зворотним зв'язком від терапевта.

Терапія часто передбачає застосування технік систематичної десенсибілізації, тренування соціальних навичок, управління стресом, а також використання підкріплень для закріплення нової поведінки. Терапевт ретельно контролює процес, коригує стратегії і методи залежно від реакції клієнта, забезпечуючи адаптацію програми до індивідуальних особливостей і потреб.

Особливістю біхевіоральної терапії є її емпірична орієнтація: результати змін поведінки легко оцінити і виміряти, що робить цей підхід ефективним у

роботі з конкретними проблемами — фобіями, тривогою, залежностями, порушеннями поведінки тощо. Таким чином, терапевтичний процес спирається на співпрацю, чітке планування і регулярний контроль за прогресом.

Важливо зазначити, що у біхевіоральній терапії клієнт не розглядається як пасивний об'єкт впливу, а як активний агент змін, який набуває нових моделей поведінки через тренування і повторення. Роль терапевта — підтримувати, направляти, мотивувати і створювати умови для безпечного опанування нових навичок. У підсумку, терапія є процесом навчання, в якому змінюється не внутрішній світ клієнта у вигляді уявлень або почуттів, а його зовнішня поведінка, що позитивно впливає на якість життя.

Отже, біхевіоральний процес терапії — це співпраця клієнта і терапевта, спрямована на формування нових адаптивних моделей поведінки через тренування, підкріплення і контроль, що робить цей підхід практично орієнтованим і ефективним у широкому спектрі психологічних проблем.

У *п'ятому питанні* розглядається сучасне застосування біхевіоральної терапії, зокрема в лікуванні залежностей, фобій і тривожних розладів, а також її критичні обмеження. Біхевіоральна терапія зберігає значне місце в сучасній психотерапевтичній практиці завдяки своїй емпіричній основі, чіткості методів і доказовій ефективності в роботі з певними психічними станами.

Однією з основних сфер застосування біхевіоральної терапії є лікування залежностей — як хімічних (алкоголь, наркотики), так і поведінкових (азартні ігри, інтернет-залежність). Використання технік підкріплення, аверсивних процедур і систематичної десенсибілізації дозволяє модифікувати дезадаптивні патерни поведінки, знижувати потяг до шкідливих звичок і формувати нові навички контролю імпульсів. Біхевіоральні інтервенції можуть бути частиною комплексних програм, які включають психоосвіту, підтримку групи та медикаментозне лікування.

У роботі з фобіями біхевіоральна терапія демонструє одну з найбільших успішностей серед психотерапевтичних методів. Систематична

десенсибілізація і експозиційні техніки дозволяють клієнтам поступово і безпечно зіштовхуватися зі страхом, що сприяє поступовому зниженню тривожної реакції та подоланню фобічних проявів. Такі методи мають чітку структуру, добре стандартизовані і широко застосовуються в клінічній практиці.

Для тривожних розладів, зокрема генералізованого тривожного розладу та панічних атак, біхевіоральні техніки, у поєднанні з когнітивними елементами, також є ефективними. Вони допомагають навчити клієнта контролювати тілесні прояви тривоги, формувати нові реакції на тривожні стимули і знижувати унікаючу поведінку, що підтримує розлад.

Водночас біхевіоральна терапія має і ряд критичних обмежень. По-перше, її надмірний фокус на поведінці іноді ігнорує внутрішні психічні процеси, емоції і когнітивні структури, що можуть бути ключовими в походженні та підтримці психологічних проблем. Це обмежує її застосування у випадках, коли глибинна робота з особистістю є необхідною, наприклад, при складних травмах, розладах особистості або глибоких емоційних проблемах.

По-друге, біхевіоральний підхід іноді критикують за механістичний та редукціоністський погляд на людину, в якому її поведінка розглядається як реакція на стимули і підкріплення, що знижує увагу до унікальності індивіда, його суб'єктивного досвіду та контексту життя. Такий підхід може не враховувати соціокультурні, міжособистісні та екзистенційні аспекти, які значною мірою формують психіку і поведінку.

Крім того, біхевіоральна терапія не завжди ефективна при складних або хронічних психічних розладах без додаткової інтеграції з іншими підходами. Її техніки можуть бути недостатніми для зміни глибинних мотивацій, цінностей чи переконань, які підтримують патологічні поведінкові стереотипи.

У підсумку, біхевіоральна терапія в сучасному світі є цінним і ефективним інструментом для лікування багатьох розладів, зокрема

залежностей, фобій і тривожних станів. Водночас її застосування потребує усвідомлення обмежень, а часто — інтеграції з когнітивними, психодинамічними та гуманістичними підходами для більш глибокої та цілісної роботи з особистістю. Розуміння сильних і слабких сторін біхевіоральної терапії є важливою складовою підготовки фахівців у галузі психології та психотерапії.

Рекомендована література

Базова література: 1, 2, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 4, 6, 7, 9, 14, 15, 19, 24, 25.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення біхевіоральної психотерапії та охарактеризуйте її історичне становлення.
2. Перерахуйте основні поняття теорії особистості у біхевіоральній психотерапії.
3. Сформулюйте основні методи та техніки біхевіоральної психотерапії.
4. Розкрийте роль клієнта та терапевта у процесі біхевіоральної терапії.
5. Назвіть основні сфери застосування біхевіоральної психотерапії в сучасній.

ТЕМА 11. РАЦІОНАЛЬНО-ЕМОТИВНА ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ АЛЬБЕРТА ЕЛЛІСА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з основами раціонально-емотивної поведінкової терапії (РЕПТ) Альберта Елліса, її історичним розвитком, теоретичними засадами, методами та процесом терапії, а також аналіз її застосування і критики у сучасній психології.

Основні поняття: раціонально-емотивна поведінкова терапія (РЕПТ), ірраціональні переконання, АВС-аналіз, дисфункціональні переконання, спростування, перцептивний зсув.

План

1. Історія раціонально-емотивної поведінкової терапії Альберта Елліса.
2. Теорія особистості в РЕПТ: ірраціональні переконання, емоції та поведінка
3. Методи і техніки РЕПТ: АВС-аналіз, дисфункціональні переконання та їх корекція.
4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у РЕПТ: ідентифікація поведінки-мішені, ідентифікація шаблонів руйнівних міркувань та ірраціональних вірувань, спростування, перцептивний зсув, обґрунтування, аутентична реакція, ефективна поведінка.
5. Застосування РЕПТ у сучасній психології: робота з тривогою, депресією та міжособистісними проблемами. Критика та обмеження РЕПТ.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядаються історичні витоки та становлення раціонально-емотивної поведінкової терапії (РЕПТ), автором якої є американський психолог Альберт Елліс. Цей напрямок, що виник у середині ХХ століття, став одним із перших представників когнітивно-поведінкової парадигми у психотерапії та справив значний вплив на подальший розвиток сучасної психологічної допомоги.

Альберт Елліс, маючи освіту з психоаналізу, у 1950-х роках критично переосмислив неефективність традиційного психоаналітичного підходу у вирішенні конкретних проблем клієнтів. Його розчарування повільним темпом психоаналітичної терапії та зосередженістю на минулому спонукало до створення нової системи, яка наголошувала на активній зміні поточного мислення та поведінки. Елліс об'єднав ідеї стоїчної філософії, зокрема погляди Епіктета, який наголошував, що «людей тривожить не те, що з ними трапляється, а їхнє ставлення до того», із сучасними підходами до навчання, поведінки й емоцій.

У 1955 році Елліс офіційно представив свою нову модель, яку спочатку назвав раціональною терапією, а згодом — раціонально-емотивною терапією (RET), ще пізніше — раціонально-емотивною поведінковою терапією (REBT), щоб підкреслити інтеграцію когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів у зміні психічного стану особистості. Цей підхід став передвісником більш широкого когнітивно-поведінкового напрямку, зокрема вплинув на формування когнітивної терапії Аарона Бека.

Центральним елементом РЕПТ є так звана модель ABC. У ній А (Activating event) позначає подію, що провокує реакцію; В (Beliefs) — переконання, які інтерпретують цю подію; С (Consequences) — емоційні та поведінкові наслідки, які виникають у результаті таких інтерпретацій. Елліс підкреслював, що саме не події (А) спричиняють емоційні реакції (С), а ірраціональні переконання (В), які людина використовує для інтерпретації ситуації. Звідси впливає основна терапевтична мета — ідентифікувати, оскаржити (Dispute, D) та змінити ці ірраціональні переконання, аби сформувати більш раціональні й адаптивні наслідки (Е — new Effect) (Крупельницька, 2023).

Протягом 1960–1970-х років РЕПТ активно поширювалася як ефективна короткострокова терапія, орієнтована на зміну мислення, поведінки та емоцій. Елліс наголошував на значенні самодопомоги, самоусвідомлення та відповідальності за власне благополуччя. Його публікації, виступи та діяльність Інституту Альберта Елліса сприяли популяризації методу у США та за їх межами. Терапевтична робота в РЕПТ відзначалася активністю, прямоотою та дидактичністю: терапевт не лише підтримував, а й навчав клієнта мислити логічно, визнавати власні когнітивні викривлення та формувати нові переконання.

На відміну від психоаналітичного підходу, РЕПТ концентрується на «тут-і-зараз», актуальних проблемах клієнта, конкретних поведінкових цілях і досяжних змінах. Елліс вважав, що багато емоційних розладів є наслідком ірраціонального мислення, такого як катастрофізація, узагальнення,

вимогливість до себе та інших. Таким чином, робота з переконаннями стає ключовою у терапевтичному процесі.

З плином часу раціонально-емотивна терапія адаптувалася до нових наукових відкриттів, зберігаючи при цьому свою вихідну ідею: зміна мислення веде до зміни емоцій та поведінки. РЕПТ також інтегрує техніки з інших підходів, зокрема релаксацію, рольові ігри, домашні завдання та вправи на самоспостереження. Незважаючи на деяку критику за прямолінійність і «навчальний» стиль, підхід Елліса залишається впливовим і широко застосовується у сфері консультування, освіти, корпоративної психології та психотерапії.

Отже, історія раціонально-емотивної поведінкової терапії демонструє поступовий перехід від психоаналітичної парадигми до активного, структурованого та клієнт-орієнтованого підходу, що базується на зміні переконань як центральному механізмі психічного оздоровлення. Метод Альберта Елліса заклав основи когнітивної революції в психології та є невід'ємною частиною розвитку сучасної психотерапії.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості в раціонально-емотивній поведінковій терапії (РЕПТ), яка базується на припущенні, що емоційний стан людини та її поведінка значною мірою зумовлені когнітивними процесами — насамперед переконаннями. РЕПТ пропонує когнітивно-афективно-поведінкову модель особистості, в якій мислення, почуття та поведінка розглядаються як взаємопов'язані компоненти, що формують функціонування індивіда.

Центральним елементом цієї теорії є ідея про те, що дисфункціональні емоції та неадаптивна поведінка виникають не через самі події, а через те, як індивід їх інтерпретує. В основі деструктивного функціонування особистості лежать ірраціональні переконання — глибоко вкорінені, автоматичні, часто неусвідомлювані твердження, які людина приймає за абсолютну істину. Ці переконання є негнучкими, надмірно узагальненими, часто нереалістичними і

виражаються через слова «маю», «повинен», «жахливо», «ніколи», «завжди» тощо.

Альберт Елліс визначив низку базових ірраціональних переконань, які, на його думку, є джерелом більшості емоційних та поведінкових розладів. До них належать, зокрема: переконання, що людина мусить бути схваленою всіма оточуючими; що вона має бути досконалою; що всі труднощі є нестерпними; що минуле повністю визначає теперішнє; що щастя повинне залежати від зовнішніх обставин. Ці ірраціональні схеми формуються переважно в дитинстві під впливом виховання, соціального середовища та особистих висновків, які індивід робить на основі життєвого досвіду.

Ірраціональні переконання викликають неконструктивні емоційні реакції — такі як надмірна тривога, гнів, сором, вина чи депресія — а також деструктивну поведінку: уникання, агресію, прокрастинацію, залежність. РЕПТ розрізняє так звані «нездорові негативні емоції» (як-от паніка або лють) і «здорові негативні емоції» (як-от занепокоєння чи прикрість), які теж можуть виникати у складних ситуаціях, але не ведуть до патологічної поведінки. Саме цей диференційований підхід дозволяє краще зрозуміти, як переконання формують якість емоційного реагування.

У межах теорії особистості РЕПТ підкреслює, що людина здатна мислити раціонально, логічно та конструктивно. Вона має потенціал до зміни своїх переконань, усвідомлення автоматичних думок, критичного мислення й розвитку особистої відповідальності за власні емоційні та поведінкові реакції. Раціональні переконання, які протистоять ірраціональним, є гнучкими, реалістичними і сприяють адаптації. Вони виражаються у формулюваннях на кшталт: «Я хотів би бути схваленим, але я можу жити без цього», або «Це неприємно, але я здатен це витримати».

У РЕПТ особистість розглядається як динамічна система, що постійно взаємодіє з довкіллям, формуючи нові когнітивні схеми та поведінкові шаблони. Ця система є відкритою до зміни за умови наявності усвідомлення та мотивації до роботи над собою. Терапевтичний процес у РЕПТ базується

на виявленні та спростуванні ірраціональних переконань (через техніку диспуту), а також на формуванні нових, більш реалістичних поглядів, що призводить до зміни емоцій і поведінки.

Таким чином, теорія особистості в РЕПТ підкреслює когнітивну основу емоційного життя людини та пропонує практичний шлях до самозміни через раціональне переосмислення власних переконань. У центрі цієї концепції — здатність людини до критичного мислення, емоційного саморегулювання та особистої відповідальності за власні реакції. Такий підхід не лише пояснює джерела внутрішніх конфліктів і деструктивної поведінки, але й дає ефективний інструментарій для їхнього подолання.

У *третьому питанні* розглядаються методи і техніки раціонально-емоційної поведінкової терапії (РЕПТ), що ґрунтуються на когнітивно-поведінковому підході до змін у мисленні, емоціях та поведінці. Центральним інструментом у РЕПТ є так званий АВС-аналіз, який дозволяє виявити, як ірраціональні переконання спричиняють дезадаптивні емоційні реакції та неефективну поведінку. Також розглядаються стратегії виявлення і трансформації дисфункціональних переконань шляхом когнітивного диспуту та формування нових, адаптивних установок.

Модель АВС описує послідовність психологічної реакції за трьома етапами: А — активуюча подія (Activating event), В — переконання (Beliefs), С — емоційні та поведінкові наслідки (Consequences) (Каліщук, 2023). На відміну від інтуїтивного уявлення про те, що саме події викликають наші емоції, РЕПТ підкреслює, що визначальним чинником є інтерпретація події через призму переконань. Саме переконання, які індивід має щодо себе, інших і світу, зумовлюють його реакції. Наприклад, втрата роботи (А) може спричинити або короткочасне розчарування, або глибоку депресію залежно від того, чи вважає людина себе повністю нікчемною без професійної реалізації (В).

Далі у процесі терапії додаються ще два етапи: D — диспут (Disputation) і E — новий ефект (Effect). Диспутування передбачає логічне, емпіричне та

прагматичне оскарження ірраціональних переконань. Клієнт заохочується ставити собі запитання: «Чи є це твердження логічним?», «Чи відповідає воно дійсності?», «Чи допомагає мені це мислення досягати моїх цілей?». У результаті формується нове, більш раціональне переконання, яке веде до здоровішої емоційної реакції і конструктивної поведінки.

Однією з основних технік є когнітивний диспут, який застосовується як у межах терапевтичної сесії, так і в завданнях на самостійне опрацювання. Терапевт допомагає клієнту виявити ключові ірраціональні переконання, які можуть мати форму абсолютистських вимог, надмірного узагальнення або катастрофізації. Потім ці переконання піддаються аналізу, логічній перевірці та заміні на більш адаптивні. Така робота часто супроводжується письмовими вправами, таблицями аналізу думок та техніками самоспостереження.

Іншою важливою технікою є рольова гра, у якій клієнт може випробувати нові моделі поведінки або висловлення альтернативних переконань у безпечному середовищі. Це дозволяє закріпити раціональне мислення через практику і досвід. Також широко застосовується техніка емоційної уяви, яка передбачає уявлення стресової ситуації разом із новими, раціональними установками, що допомагає формувати більш гнучку емоційну реакцію.

У РЕПТ значну роль відіграє навчання клієнта: терапевт виконує не лише підтримувальну, а й освітню функцію, пояснюючи принципи роботи мислення, логіки та когнітивних викривлень. Клієнти отримують домашні завдання, зокрема вправи на самоствердження, ведення щоденника переконань, запис позитивних альтернатив до ірраціональних думок. Це сприяє активному включенню клієнта у процес зміни та розвитку особистої відповідальності за своє емоційне благополуччя.

Особливістю технік РЕПТ є їхня системність, практичність та спрямованість на довготривалі зміни. Поступове усвідомлення автоматичних думок, їх корекція та зміна поведінки дають змогу не лише зменшити

симптоми, а й зміцнити емоційну стійкість та когнітивну гнучкість особистості.

Таким чином, методи і техніки РЕПТ спрямовані на виявлення, аналіз і трансформацію ірраціональних переконань, які лежать в основі емоційних розладів. Застосування АВС-аналізу, когнітивного диспуту, рольових ігор та освітніх компонентів створює умови для глибоких особистісних змін і розвитку здатності до саморегуляції та конструктивного мислення.

У четвертому питанні розглядається процес терапії в раціонально-емотивній поведінковій терапії (РЕПТ), зокрема взаємодія клієнта й терапевта, а також ключові етапи, що включають ідентифікацію проблемної поведінки, виявлення ірраціональних переконань, їхнє спростування та формування нової ефективної поведінки. Цей процес є структурованим, цілеспрямованим і активно залучає клієнта до роботи над собою, водночас підкреслюючи важливу роль терапевта як фасилітатора змін.

Першим кроком у терапевтичному процесі є ідентифікація поведінки-мішені — конкретної емоційної або поведінкової проблеми, яка викликає у клієнта страждання або порушує його функціонування. Це може бути страх, гнів, провина, апатія, прокрастинація, агресивність тощо. Терапевт допомагає клієнту чітко описати ситуації, у яких виникає ця проблема, і визначити частоту, інтенсивність та контекст її прояву. Така конкретизація дозволяє перевести загальне почуття дискомфорту в предметну роботу.

Наступним етапом є ідентифікація когнітивних шаблонів, які супроводжують проблемну поведінку. Клієнт вчиться виявляти свої автоматичні думки, переконання, очікування та інтерпретації, які виникають у відповідь на стресову або значущу ситуацію. Ці міркування часто мають ірраціональний характер: вони жорсткі, крайні, перебільшені або несумісні з реальністю. Терапевт навчає клієнта розпізнавати ці когнітивні схеми, що закріплюють емоційні труднощі.

Суттєвим моментом є спростування ірраціональних вірувань. Терапевт разом із клієнтом використовують техніку когнітивного диспуту, у межах якої

переконання піддаються логічному, емпіричному та прагматичному аналізу. Клієнт перевіряє, чи є переконання логічно узгодженим, чи воно підтверджується фактами та чи допомагає досягати бажаних результатів у житті. Це дозволяє зруйнувати автоматичні шаблони міркувань і відкрити простір для альтернативних інтерпретацій.

У процесі диспуту формується перцептивний зсув — зміна способу сприйняття ситуації та самого себе. Клієнт починає бачити події менш катастрофічно, з більшою гнучкістю, допускаючи багатоваріантність тлумачення подій. У цьому контексті важливою є техніка обґрунтування: клієнт навчається аргументувати нові переконання, ґрунтуючись на власному досвіді, логіці, цінностях і бажаних результатах. Нові переконання повинні бути не лише раціональними, а й особистісно значущими — такими, що резонують з автентичними прагненнями людини.

Аутентична реакція формується як результат зміни інтерпретації. Це означає, що клієнт починає реагувати не автоматично, відповідно до старих ірраціональних схем, а усвідомлено, у спосіб, що відповідає його реальним потребам, етичним принципам та об'єктивній ситуації. Такі реакції є менш емоційно деструктивними, більш врівноваженими й адаптивними. Аутентичність у РЕПТ означає внутрішню узгодженість між мисленням, емоціями та діями.

На заключному етапі терапії клієнт розвиває ефективну поведінку — нові патерни реагування на ситуації, які раніше викликали дистрес. Це може включати розвиток навичок комунікації, асертивності, планування дій, подолання уникання, формування звичок самоусвідомлення та емоційної саморегуляції. Терапевт підтримує клієнта у практичному впровадженні цих змін у повсякденне життя, використовуючи вправи, рольові ігри та домашні завдання.

Усе це здійснюється в контексті співпраці, де терапевт виконує роль наставника, що допомагає клієнту мислити критично, приймати відповідальність за свої реакції та бачити можливості для змін. Процес

терапії в РЕПТ передбачає активну участь клієнта: він не є пасивним реципієнтом допомоги, а стає дослідником власного мислення й поведінки.

Таким чином, терапевтичний процес у РЕПТ є інтегрованою системою, що включає ідентифікацію поведінки-мішені, виявлення та спростування ірраціональних переконань, формування автентичних реакцій і побудову ефективної поведінки. Завдяки поєднанню когнітивної реконструкції, емоційної роботи та поведінкової практики РЕПТ сприяє глибоким і стабільним змінам у житті особистості.

У *п'ятому питанні* розглядається застосування раціонально-емотивної поведінкової терапії (РЕПТ) у контексті сучасної психологічної практики, зокрема у роботі з тривожними та депресивними розладами, а також із міжособистісними труднощами. Крім того, аналізуються основні критичні зауваження та обмеження цього підходу, що дозволяє краще зрозуміти його потенціал і межі використання.

РЕПТ широко застосовується у клінічній та консультувальній психології для роботи з широким спектром емоційних розладів. Однією з найпоширеніших сфер використання є тривожність. У межах цього підходу тривога розглядається як наслідок ірраціональних переконань, що зумовлюють надмірне сприйняття загрози, катастрофізацію майбутнього та нереалістичні вимоги до себе або ситуації. Класичними переконаннями є: «Я не зможу впоратись», «Це буде жахливо», «Я повинен усе контролювати». Застосування АВС-аналізу дозволяє клієнтам виявити ці автоматичні судження та поступово формувати більш гнучке, реалістичне мислення. Через диспутування переконань і впровадження нових способів поведінки клієнти знижують рівень тривожності, розвивають навички емоційного саморегулювання та прийняття невизначеності.

Також РЕПТ ефективна у роботі з депресивними станами, які зазвичай супроводжуються самозвинуваченням, зниженням самооцінки, безнадійністю та почуттям безпорадності. Ключові ірраціональні переконання у цьому випадку можуть звучати як: «Я нічого не вартий», «Я ніколи не зможу

змінити своє життя», «Моє минуле повністю визначає моє майбутнє». Через когнітивну реконструкцію, а також активізацію поведінки, клієнти поступово змінюють свої уявлення про себе та навколишній світ, починають бачити альтернативні способи реагування на життєві виклики та відновлюють мотивацію до діяльності.

У міжособистісному контексті РЕПТ допомагає подолати негативні емоції, що виникають у взаємодії з іншими: образу, гнів, ревності, сором або залежність. У таких випадках значну роль відіграють переконання типу: «Інші повинні завжди поводитися справедливо», «Я не зможу жити без любові або схвалення», «Мені не можна терпіти неповагу». Терапевтична робота спрямована на переосмислення очікувань від інших, розвиток асертивності та внутрішньої автономії. Через формування більш раціональних переконань клієнт здобуває здатність до стабільнішої емоційної саморегуляції та ефективнішої комунікації.

Попри численні переваги, РЕПТ має і свої обмеження. Одним із головних зауважень є акцент на когнітивному рівні, який може виявитися недостатнім для клієнтів із глибокими травматичними переживаннями або психодинамічними конфліктами. У таких випадках недостатньо лише змінити переконання — важливо опрацювати глибинні емоційні шари та міжособистісну історію. Також РЕПТ часто критикують за дещо дидактичний стиль, у якому терапевт виступає як «викладач», що може зменшувати рівень емпатійного контакту або індивідуалізації підходу. У деяких культурах, де важливими є контекст, непряма комунікація або духовний вимір, такий раціоналістичний підхід може бути менш ефективним.

Ще однією темою для критики є універсалізм РЕПТ у тлумаченні переконань як основного джерела психічних труднощів. І хоча це справедливо для багатьох емоційних розладів, не всі проблеми можна звести до когнітивних помилок. Фактори середовища, соціальна нерівність, тілесні або неврологічні аспекти також відіграють важливу роль у формуванні психічного стану.

Водночас сучасна практика РЕПТ поступово інтегрує до свого арсеналу нові підходи — зокрема, методи уважності, тілесної усвідомленості, міжособистісного діалогу, що дозволяє адаптувати метод до ширшого кола запитів. Завдяки своїй структурованості, гнучкості та спрямованості на автономізацію клієнта РЕПТ зберігає актуальність у сучасній психології та використовується як окремо, так і в поєднанні з іншими підходами.

Таким чином, раціонально-емотивна поведінкова терапія довела свою ефективність у роботі з тривогою, депресією та міжособистісними проблемами, пропонуючи клієнтам інструменти для усвідомлення, зміни переконань і розвитку адаптивної поведінки. Разом із тим, критичне осмислення її обмежень сприяє більш глибокому і диференційованому застосуванню методу у психотерапевтичній практиці.

Рекомендована література

Базова література: 1, 2, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 2, 4, 6, 7, 9, 14, 15, 19, 24, 25.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення раціонально-емотивної поведінкової терапії та охарактеризуйте її історичне становлення.
2. Перерахуйте основні поняття теорії особистості в РЕПТ.
3. Сформулюйте основні методи та техніки раціонально-емотивної поведінкової терапії.
4. Розкрийте роль клієнта та терапевта у процесі РЕПТ.
5. Назвіть основні сфери застосування РЕПТ у сучасній психології та її обмеження.

ТЕМА 12. КОГНІТИВНА ТЕРАПІЯ ААРОНА БЕКА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з когнітивною терапією Аарона Бека: її історією, теоретичними основами, основними методами та

техніками, процесом терапії, а також аналізом когнітивної моделі депресії та тривожних розладів, а також критикою і обмеженнями методу.

Основні поняття: когнітивна терапія, неадаптивні думки, автоматичні думки, базові переконання, когнітивні викривлення, техніки когнітивної терапії, децентрація, когнітивна модель депресії.

План

1. Історія когнітивної терапії: Аарон Бек і розвиток когнітивного підходу.
2. Теорія особистості у когнітивній терапії: змістові класи (види) негативних думок; неадаптивні, автоматичні думки, базові переконання та види викривлень.
3. Методи і техніки когнітивної терапії: техніка декатастрофізації, спонукання до перевірки неадаптивної думки у реальній дії, порівняння з іншими, метод виявлення логічних неузгодженостей у системі переконань, метод катарсису, метод ідентифікації, заохочування до гетероагресії, метод відвернення, метод запису подій дня, імагінальна техніка, метод розігрування ролей, метод трьох колонок, реатрибуція, перевизначення.
4. Етапи терапії, роль клієнта та терапевта у когнітивній терапії: обґрунтування основного принципу, ідентифікація неадаптивних думок, дослідження неадаптивних думок, оспорювання неадаптивних думок.
5. Когнітивна модель депресії та тривожних розладів. Критика та обмеження когнітивної терапії.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядається історія становлення когнітивної терапії, центральною фігурою якої є американський психіатр і психотерапевт Аарон Бек. Його дослідницька та клінічна діяльність у середині ХХ століття започаткувала один із найвпливовіших напрямів у сучасній психотерапії — когнітивну терапію (КТ), яка стала основою більш широкої когнітивно-поведінкової парадигми.

Аарон Бек спочатку працював у межах психоаналітичного підходу, однак у процесі дослідження депресії виявив, що низка гіпотез класичного психоаналізу не знаходить емпіричного підтвердження. Зокрема, Бек очікував, що сновидіння депресивних пацієнтів демонструватимуть приховану ворожість до інших, однак натомість він спостерігав переважно мотиви самознищення, знецінення себе та безнадії. Це привело його до висновку, що ключовим чинником у виникненні депресії є не витіснені імпульси, а негативні автоматичні думки, які виникають у свідомості людини як реакція на події та досвід.

У 1960-х роках Бек починає розробляти власний підхід до психотерапії, який поступово оформлюється як когнітивна терапія. У 1967 році він публікує одну з перших фундаментальних праць з когнітивного підходу — «Депресія: клінічні, експериментальні та теоретичні аспекти», у якій викладає концепцію так званої когнітивної тріади депресії: негативне бачення себе, світу та майбутнього. Саме ці три аспекти, згідно з Беком, формують специфічну схему сприйняття реальності у людей із депресивними станами.

У центрі когнітивної терапії лежить уявлення про те, що психологічні розлади є наслідком когнітивних викривлень — систематичних помилок у мисленні, які виникають через вплив дисфункціональних схем. Ці схеми є глибинними структурами переконань, що формуються на основі раннього досвіду, та визначають автоматичні думки, які людина не завжди усвідомлює. Такі думки, своєю чергою, впливають на емоції та поведінку. Наприклад, думка «Я невдаха» може породити відчуття провини, тривоги або безпорадності та призвести до уникання діяльності або соціальної ізоляції.

Бек вважав, що шлях до психологічного одужання полягає у виявленні, вивченні та зміні автоматичних думок і когнітивних схем. Він розробив низку терапевтичних технік, зокрема ведення щоденника думок, перевірку доказів на користь і проти переконання, переоцінку альтернатив, поведінкові експерименти тощо. Ключовими характеристиками терапевтичного процесу

стали співпраця між терапевтом і клієнтом, спільне формулювання проблеми, цілеспрямованість, структурованість і навчальний компонент.

Когнітивна терапія Аарона Бека швидко здобула наукове визнання завдяки значному емпіричному обґрунтуванню. Упродовж 1970–1980-х років вона демонструвала високу ефективність у роботі з депресією, генералізованим тривожним розладом, панічними атаками, соціальною тривожністю, розладами харчової поведінки, посттравматичним стресовим розладом та багатьма іншими психічними станами. Цей підхід почав активно застосовуватись у клінічній, освітній та організаційній психології.

У 1994 році Бек заснував Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, який став провідним міжнародним центром підготовки фахівців у когнітивно-поведінковому підході. Його методика продовжує розвиватися та адаптуватися до нових контекстів, зокрема через інтеграцію з майндфулнесом, схемотерапією, прийняттям і зобов'язанням, технологіями штучного інтелекту та дистанційною психотерапією.

Таким чином, когнітивна терапія, започаткована Аароном Беком, здійснила революційний вплив на розвиток психотерапії другої половини ХХ століття. Вона змінила фокус із несвідомих імпульсів на свідоме мислення, підкреслила важливість когнітивної реконструкції та надала терапевтам і клієнтам потужний інструментарій для роботи зі складними емоційними й поведінковими проблемами. Сьогодні КТ залишається однією з найпоширеніших і найкраще досліджених форм психотерапії у світі.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості у когнітивній терапії (КТ), розробленій Аароном Беком. Ця теорія ґрунтується на уявленні про те, що психологічне функціонування людини значною мірою визначається її мисленням — зокрема тим, як вона інтерпретує події, взаємодіє із власним досвідом та формує уявлення про себе, світ і майбутнє. Центральними поняттями є автоматичні думки, базові переконання, когнітивні схеми, а також характерні викривлення мислення, що спричиняють емоційні й поведінкові труднощі.

Когнітивна модель Бека передбачає, що особистість функціонує на основі трирівневої когнітивної структури: поверхневих автоматичних думок, проміжних переконань (правил, припущень) та глибинних базових переконань. Автоматичні думки — це швидкі, спонтанні судження, які виникають у відповідь на ситуацію і часто залишаються поза межами свідомого контролю (Канеман, 2017) . Вони, як правило, короткі, емоційно заряджені й мають високу суб'єктивну значущість. Прикладом може бути думка «Я не зможу з цим впоратись», яка виникає у тривожній ситуації та одразу впливає на настрій і поведінку (Афанасьєва, 2017).

Під автоматичними думками лежать базові переконання — більш стійкі й глобальні уявлення про себе, інших людей та світ загалом. Вони формуються на ранніх етапах життя під впливом досвіду, виховання та міжособистісних стосунків. Базові переконання можуть мати як адаптивний (наприклад, «Я гідний любові»), так і дезадаптивний (наприклад, «Я нічого не вартий») характер. У деструктивній формі вони схильні до узагальнення, поляризації та жорсткості, і часто залишаються неусвідомленими, хоча визначають стиль мислення та емоційне реагування людини.

Бек виокремив змістові класи негативних думок, які відповідають основним напрямкам когнітивної тріади депресії: негативні думки про себе, про світ (оточення, соціальне середовище) та про майбутнє. Негативні думки про себе включають самозвинувачення, знецінення, відчуття нікчемності або неадекватності («Я нецікавий», «Я бездарний»). Негативні думки про світ виражаються у сприйнятті зовнішніх умов як ворожих або несправедливих («Світ небезпечний», «Іншим не можна довіряти»). Негативні думки про майбутнє часто містять елементи фаталізму, безнадії, втрати перспективи («Все буде тільки гірше», «Немає сенсу щось змінювати»). Ці три компоненти тісно пов'язані між собою і взаємно підсилюють деструктивне сприйняття дійсності.

Ключовим компонентом когнітивної теорії є ідея когнітивних викривлень — систематичних помилок у мисленні, які спричиняють хибні інтерпретації подій. Серед найпоширеніших викривлень вирізняють:

- поляризоване мислення («чорно-біле», без проміжних варіантів);
- надміру узагальнене мислення (висновки на основі одного випадку: «У мене не вийшло — отже, я завжди зазнаю невдач»);
- знецінення позитивного (ігнорування досягнень, успіхів);
- катастрофізація (перебільшення загроз і негативних наслідків);
- персоналізація (схильність приписувати собі надмірну відповідальність за події);
- емоційне міркування (віра в істинність думки лише на основі емоцій: «Я відчуваю страх — отже, є небезпека»);
- ментальні фільтри (концентрація лише на негативних аспектах ситуації) (Канеман, 2017).

Ці викривлення тісно пов'язані з дезадаптивними схемами та сприяють збереженню патологічних станів. Вони утворюють замкнене коло, в якому переконання підкріплюються власною інтерпретацією подій та викликають ті самі реакції, які зміцнюють початкову когнітивну структуру.

У межах когнітивної терапії особистість розглядається як активна система, здатна змінювати свої переконання, коли вони усвідомлюються, перевіряються й трансформуються. Здатність до рефлексії, критичного мислення та гнучкості розглядається як основа психічного здоров'я. Особистісний розвиток у КТ пов'язаний із поступовим усвідомленням когнітивних викривлень, зміною неадаптивних схем і формуванням більш реалістичного, збалансованого погляду на себе та світ.

Таким чином, теорія особистості у когнітивній терапії ґрунтується на концепції впливу переконань і автоматичних думок на емоції та поведінку людини. Виявлення негативних когніцій, їх класифікація та корекція становлять ядро терапевтичного втручання, що дозволяє клієнту поступово

змінювати свій внутрішній досвід, посилювати саморегуляцію й підвищувати адаптивність у повсякденному житті.

У *третьому питанні* розглядаються основні методи і техніки когнітивної терапії, спрямовані на виявлення, перевірку та трансформацію неадаптивних думок, переконань і поведінкових патернів. Когнітивна терапія використовує низку інструментів, які поєднують аналітичну роботу з мисленням, емоціями й поведінкою, а також залучають елементи уяви, письмових вправ та міжособистісної взаємодії. Ці техніки дозволяють клієнту не лише усвідомити автоматичні думки, але й випробувати нові моделі сприйняття та реагування в безпечному терапевтичному середовищі.

Однією з базових технік є техніка декатастрофізації, яка застосовується тоді, коли клієнт схильний до перебільшення негативних наслідків ситуації. Суть методу полягає у поступовому розкладанні передбачуваної катастрофи на окремі етапи та оцінці їхньої реалістичності. Клієнт відповідає на запитання: «Що найгірше може трапитися?», «Яка ймовірність цього?», «Чи зможу я впоратися з наслідками?». Така техніка знижує тривожність і допомагає побачити події в об'єктивнішому світлі.

Спонування до перевірки неадаптивної думки у реальній дії — є ключовим методом когнітивної поведінкової практики. Клієнт обирає думку, яку вважає джерелом дистресу, формулює гіпотезу, яка її спростовує, та тестує її у реальному житті. Наприклад, думку «Мене ніхто не хоче слухати» можна перевірити, вступивши в діалог із кількома людьми. Цей метод ґрунтується на принципі, що емпіричний досвід здатен змінити переконання ефективніше, ніж абстрактні міркування.

Метод порівняння з іншими — допомагає клієнту поставити власну ситуацію в контекст ширшого людського досвіду. Часто клієнти мають уявлення про свою виняткову «дефективність» або провину. Завдяки методу порівняння можна показати, що схожі проблеми трапляються у багатьох людей, і це знижує відчуття ізоляції та стигматизації.

Метод виявлення логічних неузгодженостей у системі переконань — передбачає критичне дослідження суперечностей у мисленні клієнта. Терапевт ставить уточнюючі запитання, які виявляють несумісність між різними установками, що створює передумови для переосмислення. Наприклад, переконання «Я повинен завжди допомагати іншим» може вступати в конфлікт із переконанням «Я не маю права просити про допомогу».

Метод катарсису — передбачає створення безпечного простору для емоційного розвантаження, де клієнт може вільно висловлювати пригнічені почуття. Це може бути досягнуто як вербально, так і за допомогою візуалізації або письма. Емоційне усвідомлення, яке настає після катарсису, відкриває шлях до зміни переконань і зміцнення особистісної інтеграції (Карачинський, Фурса, Власенко, 2024).

Метод ідентифікації — допомагає клієнту виявити свої домінуючі переконання через асоціативні техніки, метафори або аналіз внутрішнього монологу. Замість прямого запитання, терапевт пропонує клієнту уявити ситуацію, образ або персонажа, з яким той себе ототожнює. Цей метод є корисним для роботи з глибинними схемами та переконаннями.

Заохочування до гетероагресії — іноді використовується у випадках патологічної самокритики, де агресія скерована виключно на себе. Терапевт може допомогти клієнту перенаправити емоції на зовнішні об'єкти (не людей), що сприяє усвідомленню меж відповідальності та зниженню самозвинувачення.

Метод відвернення уваги — застосовується у ситуаціях надмірної концентрації на тривожній або нав'язливій думці. Клієнт вчиться переключатися на нейтральні або приємні стимули, що послаблює домінування проблемного когнітивного змісту та відкриває простір для альтернативного сприйняття (Карачинський, Гальцова, Ляска, 2024).

Метод запису подій дня — спрямований на розвиток рефлексивності. Клієнт веде щоденник, у якому фіксує ситуації, думки, емоції та поведінкові

реакції, що дозволяє виявити закономірності мислення, пов'язані із дистресом. Це створює підґрунтя для подальшого аналізу та трансформації переконань.

Імагінальна техніка — залучає уяву як інструмент реконструкції подій або ситуацій. Клієнт уявляє тривожну ситуацію з альтернативними результатами або уявляє себе з новими переконаннями. Це сприяє зниженню чутливості до травмувальних стимулів і формує нові когнітивно-емоційні патерни (Карачинський, 2019).

Метод розігрування ролей — використовується для опрацювання міжособистісних ситуацій. Клієнт і терапевт або клієнт і уявна особа грають ролі, які моделюють конфлікт або складну взаємодію. Це дає змогу випробувати нову поведінку, виразити емоції та змінити інтерпретацію подій.

Метод трьох колонок — це письмова техніка, що передбачає фіксацію автоматичних думок (перша колонка), когнітивних викривлень (друга колонка) та альтернативних, реалістичних думок (третя колонка). Цей метод сприяє інтеграції теоретичних знань про когнітивні помилки з особистим досвідом клієнта.

Реатрибуція — полягає у зміні причинного пояснення події. Клієнт, схильний до інтерналізації провини, вчиться враховувати зовнішні, ситуаційні фактори. Це знижує рівень самозвинувачення та підтримує більш збалансоване розуміння подій.

Перевизначення — означає нову інтерпретацію ситуації або особистого досвіду в більш конструктивному ключі. Клієнт навчається бачити не лише втрату, а й можливість, не лише обмеження, а й ресурс. Ця техніка допомагає зміцнити гнучкість мислення та відкритість до нових перспектив.

Таким чином, методи і техніки когнітивної терапії спрямовані на поступове усвідомлення, деконструкцію і реконструкцію мислення. Вони охоплюють як аналітичну роботу з думками, так і поведінкові експерименти, роботу з емоціями та уявою. Завдяки цьому когнітивна терапія створює

умови для глибокої зміни переконань, покращення емоційного стану та підвищення адаптивності клієнта в реальному житті.

У четвертому питанні розглядаються основні етапи когнітивної терапії (КТ), а також специфіка взаємодії між клієнтом і терапевтом у межах цього процесу. Когнітивна терапія передбачає активну, структуровану та цілеспрямовану співпрацю, в основі якої лежить спільне вивчення мислення клієнта з метою виявлення, дослідження та трансформації неадаптивних думок, що викликають емоційні та поведінкові труднощі.

Першим етапом терапії є обґрунтування основного принципу когнітивної терапії, тобто ознайомлення клієнта з базовою концепцією про зв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Терапевт пояснює, що не сама подія викликає емоційну реакцію, а її інтерпретація, яка здійснюється через призму попереднього досвіду та переконань. Цей принцип ілюструється прикладами з життя клієнта, що дозволяє зробити його особистісно значущим і закладає основу для співпраці. На цьому етапі також обговорюється структура майбутніх сесій, роль клієнта у терапевтичному процесі, значення домашніх завдань і самоспостереження.

Другим етапом є ідентифікація неадаптивних автоматичних думок — спонтанних когніцій, які виникають у відповідь на ситуації та провокують негативні емоції. Це можуть бути думки типу «Я не впораюсь», «Я нікого не цікавлю», «Це буде катастрофа». Терапевт допомагає клієнту помітити ці думки шляхом аналізу конкретних випадків із життя, що викликали дистрес. Для цього використовуються питання: «Що промайнуло в голові в цей момент?», «Які слова ви сказали собі?», «Яка була перша реакція?». Важливо, щоб клієнт навчився розпізнавати думки, які зазвичай залишаються автоматичними, неусвідомленими та миттєвими.

На третьому етапі здійснюється дослідження неадаптивних думок. Це аналітична робота, під час якої клієнт разом із терапевтом вивчає правдивість, корисність і логіку цих думок. Застосовується низка методів, зокрема збір доказів «за» і «проти», розгляд альтернативних пояснень, аналіз наслідків

віри в цю думку, оцінка її функціональності. Цей процес є емпіричним і дослідницьким — клієнт не змушується змінити думку, а запрошується вивчити її більш об'єктивно. Терапевт заохочує скептичне ставлення до власних ментальних звичок, розвиваючи в клієнта метапізнання — здатність розмірковувати про власне мислення.

Четвертий етап — оспорювання неадаптивних думок, що передбачає активну когнітивну реконструкцію. Після дослідження думок клієнт формулює альтернативні інтерпретації ситуацій, які є більш реалістичними, гнучкими та підтримувальними. Наприклад, замість думки «Я невдаха» може з'явитись думка «У мене не вийшло цього разу, але я маю ресурси, щоб спробувати ще». Альтернативні думки не повинні бути штучно позитивними — їхня ефективність полягає в тому, що вони засновані на фактах, логіці та особистому досвіді клієнта. Терапевт допомагає уточнювати формулювання, уникати крайнощів і знаходити індивідуальні, автентичні висловлювання, які дійсно резонують із клієнтом.

У межах цього етапу часто використовуються письмові техніки, зокрема метод трьох колонок (автоматична думка — когнітивне викривлення — альтернативна думка), а також поведінкові експерименти, під час яких клієнт перевіряє нові інтерпретації на практиці. Це сприяє формуванню нового досвіду, який підкріплює зміну переконань. Повторюване оспорювання автоматичних думок поступово веде до трансформації глибинніших когнітивних схем і зменшення емоційного дистресу.

Роль клієнта у когнітивній терапії активна і відповідальна. Він виступає як співавтор процесу, що досліджує власні думки, веде записи, виконує завдання між сесіями, експериментує з новими моделями поведінки. Такий підхід сприяє розвитку автономії, самоспостереження й самодопомоги, що є важливою частиною терапевтичної мети.

Терапевт, своєю чергою, виконує роль фасилітатора, співучасника дослідження, наставника та джерела зворотного зв'язку. Він утримується від директивності або оцінювання, натомість спрямовує увагу клієнта на

внутрішні зв'язки між думками, емоціями та діями, формує безпечну атмосферу для експериментів і підтримує процес змін через емпатію, прийняття й структуровану роботу.

Таким чином, когнітивна терапія реалізується через послідовні етапи, що включають ознайомлення з когнітивною моделлю, виявлення автоматичних думок, їх дослідження та реконструкцію. Цей процес базується на активній співпраці між клієнтом і терапевтом, сприяє формуванню нових когнітивних структур та зменшенню емоційних страждань, і забезпечує тривалий особистісний розвиток.

У *п'ятому питанні* розглядаються основи когнітивної моделі депресії та тривожних розладів, а також проводиться аналіз критичних зауважень і обмежень когнітивної терапії. Когнітивна модель, запропонована Аароном Беком у 1960-х роках, стала однією з найвпливовіших у розумінні та лікуванні депресивних і тривожних станів. В її основі лежить припущення, що психічні розлади виникають і підтримуються через негативні автоматичні думки, викривлення мислення та дисфункціональні базові переконання про себе, світ і майбутнє.

Зокрема, для депресії характерна наявність когнітивного трикутника, який включає негативні уявлення про себе («я неповноцінний»), про світ («світ ворожий і несправедливий») і про майбутнє («ніколи не покращиться»). Ці переконання призводять до формування низької самооцінки, песимізму та втрати мотивації. У випадку тривожних розладів когнітивна модель акцентує увагу на надмірній оцінці загрозливих ситуацій, катастрофізації подій та недостатній здатності до когнітивної регуляції страху.

Когнітивна терапія, що розвинулась на основі цієї моделі, спрямована на ідентифікацію, оскарження і заміну дезадаптивних думок і переконань. Вона використовує різноманітні техніки, зокрема когнітивне реструктурування, ведення щоденників думок, експерименти з реальністю, що дають змогу

пацієнтам критично переосмислити свої автоматичні думки та сформувати більш адаптивні схеми мислення.

Однак, незважаючи на численні підтвердження ефективності когнітивної терапії, ця модель має певні критичні зауваження і обмеження. По-перше, вона дещо недооцінює роль емоцій, інстинктів і несвідомих процесів у формуванні психопатології. Наприклад, емоційний компонент у когнітивній моделі часто вважається вторинним від когнітивних процесів, що не завжди відповідає клінічній реальності, де емоції можуть домінувати і впливати на мислення.

По-друге, когнітивна модель іноді критикується за надмірне спрощення складних психічних процесів, оскільки зосереджується переважно на індивідуальних думках, не враховуючи контексту соціального, культурного та біологічного факторів. Це обмежує застосування терапії у випадках, коли депресія чи тривога мають мультифакторіальне походження.

По-третє, когнітивна терапія потребує високої мотивації і активної участі пацієнта, що не завжди можливо у випадку тяжких депресивних чи тривожних розладів. Недостатня мотивація або когнітивні порушення можуть знижувати ефективність лікування.

Крім того, сучасні дослідження показують, що когнітивна модель має обмежену спроможність пояснити всі клінічні варіанти депресії та тривожних розладів, зокрема ті, що супроводжуються значними соматичними симптомами або мають генетичне і нейробіологічне підґрунтя.

Враховуючи вищезазначене, у сучасній психотерапевтичній практиці все частіше застосовують інтегративні підходи, які поєднують когнітивні техніки з емоційно-фокусованими, біологічними та соціокультурними аспектами. Це дозволяє краще адаптувати терапію до індивідуальних особливостей пацієнта і підвищити її ефективність.

Таким чином, когнітивна модель депресії і тривожних розладів заклала міцну основу для розвитку ефективних методів психотерапії, але її застосування має враховувати наявні обмеження і контекстуальні фактори.

Розуміння цих аспектів є важливим для формування цілісного підходу до діагностики і лікування психічних розладів.

Рекомендована література

Базова література: 1, 2, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 14, 15, 25.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення когнітивної терапії та охарактеризуйте її історичне становлення.
2. Перерахуйте основні типи негативних думок і викривлень у когнітивній терапії.
3. Сформулюйте основні методи і техніки когнітивної терапії та поясніть їх призначення.
4. Розкрийте основні етапи терапії та роль клієнта і терапевта у когнітивній терапії.
5. Назвіть особливості когнітивної моделі депресії і тривожних розладів та основні обмеження когнітивної терапії.

ТЕМА 13. ТЕРАПІЯ РЕАЛЬНІСТІЮ ВІЛЬЯМА ГЛАССЕРА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з терапією реальністю Вільяма Глассера, вивчення її історії, теоретичних основ, основних методів і технік, процесу терапії, а також аналізу застосування в роботі з підлітками і сім'ями, а також критики і обмежень методу.

Основні поняття: терапія реальністю, теорія вибору, основні потреби (приналежність, могутність, свобода, розваги), «машина Глассера», методика «таця потреб», план відповідальної поведінки, принципи терапії реальністю.

План

1. Історія терапії реальністю: Вільям Глассер і створення теорії вибору.

2. Теорія особистості у терапії реальністю. Концепція основних потреб: приналежність, могутність, свобода та розваги; «машина Глассера».

3. Методи і техніки терапії реальністю: методика «таця потреб», план відповідальної поведінки, принципи: «ніяких виправдань і ніяких покарань», фокус на сьогоднішній та активний вибір.

4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у терапії реальністю.

5. Терапія реальністю у роботі з підлітками та сім'ями. Критика та обмеження терапії реальністю.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У першому питанні розглядається історія розвитку терапії реальністю, зокрема внесок Вільяма Глассера у створення теорії вибору. Терапія реальністю, або теорія вибору, є одним із напрямків психотерапії, що виникли у другій половині XX століття та спрямовані на допомогу людям у відповідальному управлінні своїм життям і виборами.

Вільям Глассер, американський психіатр і психотерапевт, започаткував цю теорію в 1960–1970-х роках як альтернативу традиційним психоаналітичним та поведінковим підходам. Він критикував психоаналіз за надмірну орієнтацію на минуле і підсвідоме, а також за недостатню увагу до свідомих рішень і відповідальності людини за власне життя. На противагу цьому Глассер запропонував акцентувати увагу на теперішньому моменті, особистих потребах і свідомому виборі людини.

Основою теорії вибору є припущення, що всі людські поведінкові прояви є результатом свідомого або несвідомого вибору, спрямованого на задоволення п'яти базових потреб: виживання, любов і приналежність, влада або значущість, свобода та задоволення (розвага). Глассер вважав, що психічні труднощі виникають через незадоволення цих потреб або через вибір дій, що не сприяють їх задоволенню.

Терапія реальністю спрямована на допомогу клієнтам усвідомити свої справжні потреби, взяти відповідальність за свої вибори та навчитися більш

ефективно задовольняти їх у реальному житті. Вона базується на принципах особистої відповідальності, взаємної поваги та встановлення здорових міжособистісних стосунків.

Історичною передумовою виникнення цієї теорії було прагнення знайти більш практичний і орієнтований на рішення підхід до психотерапії, який би не концентрувався на патології, а стимулював особистісний розвиток і самоконтроль. Важливим етапом стало формування чітких технік і процедур, які дозволяють терапевтам допомагати клієнтам визначати, які вибори вони роблять, і як ці вибори впливають на їхнє життя.

Таким чином, терапія реальністю Вільяма Глассера є значущим внеском у розвиток сучасної психотерапії, яка підкреслює важливість свідомого вибору, особистої відповідальності та прагнення до задоволення базових потреб у процесі покращення психологічного благополуччя.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості у терапії реальністю, зокрема ключові концепції, які формують розуміння людської поведінки та мотивації в межах цього підходу. Центральним елементом теорії є концепція основних потреб, які визначають дії і вибори людини, а також модель, відома як «машина Глассера», що ілюструє процес мотивації та задоволення цих потреб.

Згідно з Вільямом Глассером, особистість людини формується і функціонує на основі п'яти фундаментальних потреб: приналежність, могутність (влада або значущість), свобода, розваги (задоволення) та виживання (Крупельницька, 2018). Кожна з цих потреб є вродженою і визначає прагнення людини до їх задоволення через власні вибори і дії. При цьому потреба виживання вважається базовою, але для психічного благополуччя особливе значення мають соціальні та психологічні потреби – приналежність, могутність, свобода і розваги.

Потреба приналежності відображає бажання людини встановлювати й підтримувати близькі стосунки, відчувати себе прийнятою у групі чи спільноті. Потреба могутності стосується прагнення відчувати власну

значущість, вплив і контроль над життєвими обставинами. Свобода як потреба передбачає можливість вибору і самовираження без надмірного зовнішнього контролю. Розваги або задоволення пов'язані з необхідністю відпочинку, розваг і отримання позитивних емоцій, що сприяють емоційному відновленню.

Концепція «машини Глассера» є метафорою для пояснення того, як ці потреби взаємодіють у процесі мотивації. За цією моделлю, людина – це своєрідна «машина», яка постійно прагне задовольнити свої потреби через виконання дій, що приводять до бажаних результатів. Якщо одна чи кілька потреб залишаються незадоволеними, це викликає внутрішній дискомфорт, який мотивує людину змінити поведінку або обрати інші стратегії для досягнення задоволення.

Таким чином, терапія реальністю розглядає особистість як активного агента, який робить свідомі вибори для задоволення своїх основних потреб. Усвідомлення цієї динаміки допомагає терапевтам спрямовувати пацієнтів на відповідальне управління власною поведінкою, підвищення якості міжособистісних стосунків і покращення загального психологічного стану. Водночас, теорія особистості у цьому підході підкреслює важливість соціального контексту та міжособистісних зв'язків як невід'ємної складової психологічного здоров'я.

У *третьому питанні* розглядаються методи і техніки терапії реальністю, які спрямовані на допомогу клієнтам усвідомити свої потреби, взяти відповідальність за власну поведінку та зробити активний вибір для покращення якості життя. Ці методи базуються на основних принципах підходу Вільяма Глассера і включають специфічні інструменти, що допомагають структурувати процес терапії.

Однією з ключових методик терапії реальністю є «ідентифікація потреб» — метафоричний інструмент, який допомагає клієнтам ідентифікувати свої базові потреби та оцінити, наскільки вони задовольняються у їхньому житті. Ця методика полягає у «зважуванні» різних сфер життя з огляду на рівень

задоволення потреб приналежності, могутності, свободи та розваг. Такий підхід дозволяє клієнтам усвідомити дисбаланс і визначити пріоритетні напрямки для змін.

Важливим елементом терапії є розробка плану відповідальної поведінки. Цей план включає конкретні дії, які клієнт добровільно обирає для покращення свого стану і задоволення потреб. План має бути реалістичним, досяжним і конкретним, а його реалізація контролюється без застосування зовнішніх покарань чи надмірної критики.

Принципи «ніяких виправдань і ніяких покарань» є фундаментальними у терапії реальністю. Вони означають, що терапевт не приймає виправдань, які клієнт може наводити для пояснення небажаної поведінки, і не застосовує покарання чи засудження. Замість цього акцент робиться на прийнятті відповідальності за власні дії і активному виборі змін. Такий підхід сприяє формуванню внутрішньої мотивації і розвитку самоконтролю.

Фокус на сьогоднішні та активний вибір — ще одна важлива особливість терапії реальністю. У роботі з клієнтом основна увага приділяється поточним рішенням і поведінці, а не аналізу минулого чи підсвідомих конфліктів. Це дозволяє швидко реагувати на проблеми, підвищувати ефективність терапії і підтримувати клієнта у процесі усвідомленого управління своїм життям.

Таким чином, методи і техніки терапії реальністю спрямовані на активізацію особистісного ресурсу клієнта через усвідомлення потреб, відповідальний вибір і планування конкретних дій, що ведуть до поліпшення психологічного благополуччя і якості життя. Вони створюють основу для практичного і результативного підходу до психотерапії.

У *четвертому питанні* розглядається процес терапії реальністю та специфіка ролей клієнта і терапевта в цьому підході. Терапія реальністю базується на принципах співпраці, відповідальності та активного вибору, що визначають динаміку взаємодії між учасниками терапевтичного процесу.

Процес терапії реальністю є структурованим і орієнтованим на теперішній час. Він починається з встановлення довірчих відносин, у яких

терапевт створює безпечне середовище для відкритої та чесної розмови. Важливо, що терапевт не виступає в ролі експерта, який дає готові рішення, а радше є партнером, що допомагає клієнту усвідомити свої потреби, поведінку і можливості для змін.

Роль клієнта у терапії реальністю полягає у визнанні власної відповідальності за вибори і дії. Клієнт заохочується до активної участі в процесі, що включає самоаналіз, визначення власних потреб, прийняття рішень і формування плану відповідальної поведінки. Цей підхід стимулює розвиток самоконтролю і автономії, що є важливими факторами для стійких змін.

Терапевт у цій моделі виконує функцію фасилітатора і консультанта, який підтримує клієнта у процесі рефлексії та прийняття відповідальних рішень. Він сприяє розвитку навичок самоконтролю, допомагає ідентифікувати проблеми у поведінці, але уникає оцінювання чи критики. Такий підхід дозволяє уникнути конфронтації і формує атмосферу підтримки та співпраці.

У процесі терапії особлива увага приділяється фокусуванню на теперішніх виборах і діях, а не на аналізі минулих подій чи пошуку винних. Це допомагає клієнтам орієнтуватися на практичні зміни і максимально використовувати власний потенціал для поліпшення якості життя.

Таким чином, процес терапії реальністю є партнерським і прагматичним, де клієнт виступає активним агентом змін, а терапевт підтримує і направляє його, створюючи умови для усвідомленого вибору, відповідальності та особистісного зростання.

У *п'ятому питанні* розглядається застосування терапії реальністю у роботі з підлітками та сім'ями, а також аналізуються критичні зауваження і обмеження цього підходу. Терапія реальністю, розроблена Вільямом Глассером, здобула популярність як практичний і орієнтований на вибір підхід, що акцентує увагу на відповідальності особистості та задоволенні

базових потреб, однак її застосування у специфічних групах потребує врахування певних особливостей.

У роботі з підлітками терапія реальністю підкреслює важливість розвитку відповідальності за власні вчинки та формування здатності робити усвідомлені вибори. Основний акцент ставиться на встановленні довірливих стосунків, допомозі підліткам усвідомити свої потреби в приналежності, свободі, могутності і розвагах, а також на підтримці їх у розробці конкретних планів поведінки. Такий підхід сприяє розвитку самоконтролю і зниженню конфліктності у міжособистісних стосунках, що є особливо актуальним у підлітковому віці.

У контексті сімейної терапії терапія реальністю фокусується на взаємодії членів сім'ї як системи, де кожен учасник має свої потреби і відповідальність за вибори. Методика допомагає родинам покращити комунікацію, зменшити конфлікти та сприяти більш ефективному задоволенню потреб усіх членів сім'ї через спільне прийняття відповідальних рішень. Особливо корисною є робота з батьками щодо зміцнення їх ролі як підтримуючих і водночас відповідальних фігур.

Проте терапія реальністю має певні обмеження і зазнає критики. По-перше, підхід іноді вважають надто спрощеним, оскільки він робить акцент на свідомому виборі і відповідальності, не завжди враховуючи глибинні психологічні процеси, емоційні травми чи біологічні фактори, що можуть впливати на поведінку. Це може обмежувати ефективність терапії у випадках складних або хронічних психологічних розладів.

По-друге, методика передбачає активну участь і мотивацію клієнтів, що не завжди властиво підліткам або членам сім'ї, які перебувають у кризовому стані чи мають опір до змін. У таких ситуаціях терапія може бути менш дієвою без додаткових підтримуючих методів.

По-третє, критики відзначають, що акцент на відсутності покарань і виправдань може ускладнити роботу з особами, які потребують більш чітких

меж і структури, зокрема в складних сімейних системах з деструктивними патернами поведінки.

Враховуючи ці аспекти, терапія реальністю рекомендується як частина комплексного підходу, що може ефективно доповнювати інші психотерапевтичні методи у роботі з підлітками та сім'ями. Її практичність і орієнтація на розвиток відповідальності роблять цей підхід цінним інструментом, однак необхідно враховувати індивідуальні особливості клієнтів і контекст терапії.

Отже, терапія реальністю має значний потенціал у роботі з молоддю і родинами, проте її застосування потребує гнучкості та усвідомлення меж ефективності, що допоможе забезпечити найбільш результативний терапевтичний процес.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 14, 15, 19, 24, 25.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення терапії реальністю та опишіть історію її виникнення.
2. Перерахуйте основні потреби людини за теорією Вільяма Глассера та поясніть концепцію «машини Глассера».
3. Сформулюйте основні методи і техніки терапії реальністю та їх значення.
4. Розкрийте процес терапії, роль клієнта і терапевта у терапії реальністю.
5. Назвіть особливості застосування терапії реальністю у роботі з підлітками та сім'ями, а також критичні зауваження щодо методу.

IV. НАПРЯМИ ПСИХОТЕРАПІЇ ДОБИ ПОСТМОДЕРНУ.

ТЕМА 14. ДІАЛЕКТИЧНА БІХЕВІОРАЛЬНА ТЕРАПІЯ МАРШІ ЛІНЕХАН.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з діалектичною біхевіоральною терапією (ДБТ) Марші Лінехан, вивчення її історії, теоретичних основ, основних методів і технік, а також ролі клієнта і терапевта у процесі терапії і критичного аналізу застосування ДБТ у лікуванні прикордонного розладу особистості та емоційних розладів.

Основні поняття: діалектична біхевіоральна терапія, діалектичне мислення, теза, антитеза, синтез, «мудрий розум», метафори, парадокс, «Адвокат диявола», техніка «Подовження», емоційна регуляція.

План

1. Історія ДБТ: поєднання системи діалектичного мислення в поєднанні з концепціями когнітивно-поведінкової терапії.
2. Теорія особистості у ДБТ: визначення проблеми, як зіткнення протилежностей; діалектична система мислення та пошук вирішення проблеми шляхом синтезу протилежностей.
3. Методи та техніки ДБТ: теза, антитеза та синтез, як спосіб визначення протиріч та пошуку терапевтичної ідеї. Специфічні діалектичні стратегії (використання метафор, входження в парадокс, техніка «Адвокат диявола» та «Подовження», активція «мудрого розуму», перетворення недоліків у достоїнства, важливість природніх змін, діалектична оцінка).
4. Роль клієнта та терапевта у ДБТ: активне тренування навичок, діалектичного мислення та підтримка.
5. ДБТ у лікуванні прикордонного розладу особистості та емоційних розладів. Критика та обмеження ДБТ.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У першому питанні розглядається історія розвитку діалектичної біхевіоральної терапії (ДБТ), створеної Марші Лінехан, а також основи поєднання системи діалектичного мислення з концепціями когнітивно-поведінкової терапії. ДБТ виникла наприкінці 1980-х років як інноваційний підхід до лікування тяжких психічних розладів, зокрема граничного розладу особистості, який раніше вважався малоефективним для терапії.

Марша Лінехан, американська клінічна психологиня розробила ДБТ як модифікацію когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), доповнивши її елементами діалектичного мислення, яке підкреслює важливість балансу між протилежними процесами, такими як прийняття і зміни. Ця діалектика базується на філософських і психологічних концепціях, що акцентують динамічний характер реальності і потребу в синтезі протилежностей для досягнення прогресу.

Когнітивно-поведінкова терапія в ДБТ зберегла основний фокус на виявленні та зміні дисфункціональних думок і поведінкових патернів, але поєднала це з увагою до емоційної регуляції, міжособистісних навичок і розвитку толерантності до дистресу. Такий підхід дозволяє не лише коригувати симптоми, а й працювати з глибшими емоційними і поведінковими проблемами.

Особливістю ДБТ є структурованість терапії, що включає індивідуальні сесії, групові тренінги навичок, телефонне консультування та командну супервізію терапевтів. Це забезпечує комплексний підхід до лікування пацієнтів із високим ризиком самопошкодження та суїциду.

Таким чином, історія ДБТ є прикладом успішної інтеграції класичних когнітивно-поведінкових методів з діалектичним мисленням, що дозволило розробити ефективний та гнучкий терапевтичний інструмент для роботи з важкими психічними розладами. Цей підхід суттєво розширив можливості психотерапії і став однією з провідних моделей у сучасній клінічній практиці.

У другому питанні розглядається теорія особистості в діалектичній біхевіоральній терапії (ДБТ), яка базується на унікальному розумінні

проблеми як зіткнення протилежностей та застосуванні діалектичної системи мислення для пошуку шляхів її вирішення (Карачинський, 2015). Центральним у цій теорії є уявлення про те, що внутрішні конфлікти та дисбаланси в особистості виникають через суперечності між різними потребами, емоціями або поведінковими патернами.

Діалектичне мислення, що лежить в основі ДБТ, передбачає сприйняття реальності як процесу постійної зміни, де істина формується через взаємодію і синтез протилежних сил або ідей (Карачинський, 2017). У контексті теорії особистості це означає, що проблеми пацієнта не слід розглядати односторонньо, а необхідно враховувати протилежні аспекти, які водночас існують і взаємодіють.

У терапевтичному процесі це проявляється у визнанні суперечностей, наприклад, прагнення людини змінитися й водночас страх перед змінами, або потреби в автономії поряд із бажанням бути прийнятим. ДБТ допомагає пацієнтам усвідомити ці протиріччя, прийняти їх і шукати баланс через поступовий синтез, який веде до більш адаптивної поведінки і гармонійнішого внутрішнього стану.

Таким чином, теорія особистості у ДБТ розглядає людину як динамічну систему, в якій конфлікти і напруження є природними і необхідними для розвитку. Застосування діалектичного мислення дозволяє терапевтам і пацієнтам працювати зі складними, часто суперечливими аспектами особистості, сприяючи глибшому розумінню себе і ефективному подоланню психологічних труднощів.

У *третьому питанні* розглядаються методи та техніки діалектичної біхевіоральної терапії (ДБТ), що базуються на діалектичній логіці — тезі, антитезі та синтезі — як способі визначення внутрішніх протиріч і пошуку терапевтичної ідеї для ефективною роботи з клієнтом (Карачинський, 2017). Цей підхід допомагає виявити суперечливі думки, емоції чи поведінкові патерни, які часто є основою психологічних проблем, та сприяє їх інтеграції у більш гармонійне цілісне розуміння.

Однією з ключових діалектичних стратегій є використання метафор, які допомагають пацієнтам усвідомити складні психологічні процеси у наочній формі, полегшуючи їх розуміння і прийняття. Входження в парадокс дозволяє відкрити нові перспективи, акцентуючи увагу на протиріччях, які можуть слугувати джерелом росту.

Техніка «Адвокат диявола» полягає у свідомому висуванні протилежних думок або сумнівів, що стимулює критичне мислення і допомагає уникнути ригідності в оцінці власних переживань. Метод «Подовження» спрямований на пошук нових аспектів проблеми або емоції, що розширює терапевтичний простір для змін.

Активізація «мудрого розуму» є важливою складовою ДБТ і передбачає розвиток здатності пацієнта поєднувати раціональне мислення з емоційною мудрістю, що дозволяє приймати збалансовані і адаптивні рішення. Перетворення недоліків у достоїнства допомагає пацієнтам усвідомити цінність власних особливостей, які раніше могли розглядатися як проблемні.

Важливість природних змін підкреслює, що трансформації особистості мають відбуватися поступово, з урахуванням індивідуального темпу і внутрішніх ресурсів. Діалектична оцінка полягає у постійному балансуванні між прийняттям і зміною, що підтримує терапевтичний процес у динамічній рівновазі.

Отже, методи та техніки ДБТ є гнучкими і багатогранними, що дозволяє ефективно працювати з внутрішніми конфліктами пацієнтів, сприяючи їх інтеграції та особистісному зростанню через діалектичний синтез.

У *четвертому питанні* розглядається роль клієнта та терапевта в діалектичній біхевіоральній терапії (ДБТ), що базується на активній співпраці та розвитку ключових навичок, а також на застосуванні діалектичного мислення для досягнення терапевтичних цілей.

Клієнт у ДБТ виступає як активний учасник терапевтичного процесу, який не лише усвідомлює свої проблеми, а й систематично тренує навички емоційної регуляції, толерантності до дистресу, міжособистісної

ефективності та усвідомленості. Активне навчання і практичне застосування цих навичок є центральним елементом змін у поведінці і психічному стані клієнта. Під час терапії клієнт заохочується до відкритості, самоспостереження і готовності до поступових змін.

Роль терапевта в ДБТ полягає в тому, щоб бути підтримуючим наставником і фасилітатором, який допомагає клієнту розвивати необхідні навички і водночас застосовує діалектичний підхід, балансує між прийняттям існуючих труднощів і мотивацією до змін. Терапевт активно використовує принципи емпатії, валідності почуттів і конструктивної критики, створюючи безпечне середовище для роботи над складними емоційними і поведінковими патернами.

Діалектичне мислення у взаємодії терапевта і клієнта сприяє усвідомленню суперечностей, що виникають у процесі змін, і пошуку компромісів між протилежними потребами, наприклад, між потребою у стабільності і прагненням до розвитку (Карачинський, 2019). Такий підхід допомагає уникнути ригідності та сприяє гнучкості в адаптації до життєвих викликів.

Отже, співпраця між клієнтом і терапевтом у ДБТ є динамічним процесом, де активне тренування навичок і застосування діалектичного мислення є ключовими чинниками успішної терапії. Така модель ролей підтримує баланс між підтримкою та викликом, що сприяє особистісному зростанню і стійкому покращенню психічного здоров'я.

У *п'ятому питанні* розглядається застосування діалектичної біхевіоральної терапії (ДБТ) у лікуванні прикордонного розладу особистості (ПРО) та інших емоційних розладів, а також аналізуються критика і обмеження цього терапевтичного підходу. ДБТ була розроблена Маршою Лінехан саме для роботи з пацієнтами з ПРО, які часто мають складні емоційні, поведінкові та міжособистісні проблеми.

Ефективність ДБТ у лікуванні ПРО підтверджена численними дослідженнями, які демонструють зниження частоти суїцидальних намірів,

самопошкоджень, імпульсивної поведінки та покращення емоційної регуляції. Комплексний підхід, що поєднує індивідуальні сесії, групові тренінги навичок, підтримку в кризових ситуаціях та супервізію терапевтів, дає змогу комплексно впливати на різні аспекти розладу.

Крім ПРО, ДБТ також застосовується для лікування депресивних, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу та інших станів, що супроводжуються емоційною нестабільністю. Вона допомагає пацієнтам навчитися краще розпізнавати і керувати своїми емоціями, формувати здорові міжособистісні зв'язки та розвивати навички адаптивної поведінки.

Водночас, ДБТ має певні обмеження і підлягає критиці. По-перше, цей підхід є ресурсозатратним і вимагає високої кваліфікації терапевтів, що може ускладнювати його впровадження у широкому масштабі. По-друге, ДБТ потребує значної мотивації і активної участі пацієнта, що не завжди можливо у випадках тяжких психічних розладів або супутніх когнітивних порушень.

По-третє, деякі критики відзначають, що ДБТ концентрується переважно на симптомах і поведінкових стратегіях, меншою мірою враховуючи глибинні психодинамічні чи екзистенційні аспекти, що може обмежувати глибину терапевтичної роботи з окремими клієнтами.

З огляду на це, ДБТ найкраще ефективна в рамках комплексної системи психотерапевтичної допомоги, яка може включати інші методи і підходи, адаптовані до індивідуальних потреб пацієнта.

Отже, діалектична біхевіоральна терапія є провідним і доказовим методом лікування прикордонного розладу особистості та емоційних розладів, але її застосування має враховувати ресурсні, мотиваційні та концептуальні обмеження для забезпечення максимального терапевтичного ефекту.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення діалектичної біхевіоральної терапії та охарактеризуйте історію її виникнення.
2. Перерахуйте основні концепції теорії особистості у ДБТ, зокрема діалектичне мислення.
3. Сформулюйте основні методи і техніки ДБТ і поясніть їхню роль у терапії.
4. Розкрийте роль клієнта та терапевта у процесі діалектичної біхевіоральної терапії.
5. Назвіть особливості застосування ДБТ у лікуванні прикордонного розладу особистості та емоційних розладів, а також основні критичні зауваження щодо методу.

ТЕМА 15. ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНІ МЕТОДИ ТЕРАПІЇ.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з історією, теоретичними основами, методами та техніками тілесно-орієнтованої терапії, розуміння ролі клієнта і терапевта у процесі терапії, а також аналіз застосування цього підходу у роботі з травмами та психосоматичними розладами, включно з критикою та обмеженнями методу.

Основні поняття: тілесно-орієнтована терапія, психосоматика, релаксація, дихальні вправи, рухові практики, тілесні дослідження, психічні травми, Вільгельм Райх, Олександр Ловен.

План

1. Історія та витоки тілесно-орієнтованої терапії: від Вільгельма Райха до Олександера Ловена.
2. Теорія особистості у тілесно-орієнтованій терапії: тіло як вмістилище психічних травм.

3. Методи та техніки тілесно-орієнтованої терапії та арт-терапії: техніки релаксації, дихальні вправи, рухові практики, тілесні дослідження.

4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у тілесно-орієнтованій терапії.

5. Тілесно-орієнтована терапія в роботі з травмами та психосоматичними розладами. Критика та обмеження тілесно-орієнтованої терапії.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядається історія та витоки тілесно-орієнтованої терапії, що формувалися під впливом робіт видатних фахівців, зокрема Вільгельма Райха та Олександера Ловена. Цей терапевтичний напрямок поєднує у собі психотерапевтичну роботу з тілом і психікою, підкреслюючи взаємозв'язок між фізичними проявами і психологічними процесами.

Вільгельм Райх, австрійський психоаналітик і учень Зигмунда Фрейда, вніс значний внесок у розвиток ідей тілесної терапії у першій половині XX століття. Він розробив концепцію «організованої енергії» або «оргонної енергії» і звернув увагу на те, що психологічні блоки та травми проявляються у вигляді м'язових затисків, які він назвав «м'язовими бронями». Райх стверджував, що звільнення цих фізичних блоків може сприяти емоційному звільненню і психічному оздоровленню. Його підхід поєднував психоаналітичні техніки з роботою над тілесними напруженнями.

Олександр Ловен, учень Райха, у другій половині XX століття розвинув ідеї свого вчителя, створивши напрям тілесно-орієнтованої терапії, який отримав назву біоенергетики. Він розробив систему вправ, спрямованих на усвідомлення тілесних відчуттів, розслаблення м'язових блоків і поліпшення емоційної експресії. Ловен підкреслював важливість роботи з тілом як засобу відновлення життєвої енергії, розвитку самосвідомості і глибинного психологічного зцілення.

Таким чином, історія тілесно-орієнтованої терапії є процесом поступового розвитку ідей про єдність тіла і психіки, що розпочався з робіт

Райха і отримав подальший розвиток у практичних методах Ловена. Цей напрямок відкрив нові можливості для психотерапії, зосереджуючись на інтеграції фізичних та емоційних аспектів людини.

У другому питанні розглядається теорія особистості в тілесно-орієнтованій терапії, яка підкреслює унікальний зв'язок між тілом і психікою, трактуючи тіло як вмістилище психічних травм і накопичувач емоційних переживань. Цей підхід базується на припущенні, що психологічні труднощі не є виключно ментальними чи емоційними феноменами, а мають своє вираження у фізичних структурах та процесах організму.

Тілесно-орієнтована терапія розглядає особистість як цілісну систему, де психічні та фізіологічні процеси перебувають у постійній взаємодії. Одним із ключових положень цієї теорії є ідея «м'язових бронь» або тілесних блоків, яка була вперше сформульована Вільгельмом Райхом. Ці м'язові напруження виникають як захисна реакція організму на травматичні події або хронічний стрес і утримують у собі невирішені емоції, що ускладнюють вільний потік життєвої енергії. Таким чином, тіло стає не просто фізичним субстратом, а активним учасником психологічних процесів.

У контексті цієї теорії особистість формується через взаємодію свідомих і несвідомих емоцій, які знаходять своє відображення у тілесних відчуттях і реакціях. Психічні травми, які не були усвідомлені або опрацьовані, залишаються «записаними» у тілі, викликаючи симптоми різного характеру — від хронічної напруги і болю до порушень рухової активності і психосоматичних захворювань. Таким чином, тілесні прояви слугують сигналом про внутрішні конфлікти та незавершені психологічні процеси.

Терапевтична робота у цьому підході спрямована на усвідомлення і розблокування цих тілесних напруг, що дозволяє звільнити приховані емоції та полегшити психологічне напруження. За допомогою спеціальних тілесних вправ, дихальних технік, рухових практик і тактильного контакту пацієнти отримують можливість відновити зв'язок між тілом і психікою, що сприяє більш глибокому саморозумінню і цілісному розвитку особистості.

Важливою складовою теорії є уявлення про те, що зміни у тілі неминуче призводять до змін у психічній сфері, і навпаки. Такий двонаправлений зв'язок є основою для інтегративної терапії, яка враховує як фізичний, так і психологічний досвід людини. Це дає змогу працювати з травмами, які важко опрацьовуються лише через вербальні методи, і відкриває нові горизонти для лікування складних психологічних станів.

Отже, теорія особистості в тілесно-орієнтованій терапії акцентує увагу на тілі як вмістилищі психічних травм і ключовому елементі процесу зцілення. Вона пропонує цілісний погляд на людину, де фізичні та психологічні аспекти нерозривно пов'язані і взаємодіють, що сприяє більш глибокому і ефективному підходу до психотерапевтичної роботи.

У *третьому питанні* розглядаються методи та техніки тілесно-орієнтованої терапії та арт-терапії, які спрямовані на інтеграцію психічних і фізичних процесів з метою відновлення гармонії особистості та покращення емоційного стану. Ці методи базуються на принципах роботи з тілом як носієм психічної інформації, а також на використанні творчих процесів для розкриття внутрішнього світу клієнта.

Тілесно-орієнтована терапія включає широкий спектр технік, серед яких ключове місце займають релаксаційні практики. Релаксація сприяє зняттю м'язового напруження, зниженню рівня тривоги та стресу, відновленню природного дихального ритму і поліпшенню загального самопочуття. Вона може виконуватися у формі прогресивного м'язового розслаблення, аутогенного тренування або через спеціальні вправи, які спрямовані на усвідомлене розслаблення різних частин тіла.

Дихальні вправи у терапії мають велике значення, оскільки дихання є одним із найпростіших і найефективніших способів впливу на нервову систему і психоемоційний стан. Регулярне виконання дихальних технік допомагає відновити баланс між симпатичною та парасимпатичною нервовою системою, зменшити відчуття тривоги і покращити концентрацію

уваги. Популярними є техніки глибокого діафрагмального дихання, ритмічного дихання і методи контролю дихання у стресових ситуаціях.

Рухові практики, що використовуються в тілесно-орієнтованій терапії, включають різноманітні форми усвідомленого руху, танцювальні елементи, розтяжки і вправи на відновлення природної рухливості. Вони допомагають розблокувати тілесні зажимання, активізувати енергію, підвищити рівень усвідомленості власного тіла і покращити координацію. Рухова терапія сприяє також вираженню пригнічених емоцій і полегшенню внутрішнього напруження.

Тілесні дослідження — це метод, що полягає у уважному спостереженні і відчутті власного тіла в процесі терапії. Клієнт вчиться розпізнавати тілесні сигнали, пов'язані з емоційними станами, а також взаємозв'язок між фізичними відчуттями і психологічними переживаннями. Цей процес розширює самосвідомість і сприяє більш глибокому розумінню власного досвіду.

У контексті арт-терапії використовуються творчі методи — малювання, ліплення, колажування, робота з різними матеріалами, що дають можливість невербально виражати внутрішні конфлікти, страхи, бажання і переживання. Творчість у терапії сприяє емоційному звільненню, розвитку уяви, пошуку нових смислів і ресурсів, а також створює безпечний простір для дослідження особистісних тем.

Синергія тілесних і арт-терапевтичних технік забезпечує комплексний підхід, який враховує як фізичні, так і психологічні аспекти особистості. Це сприяє більш глибокому і цілісному процесу зцілення, розвитку самосвідомості і адаптивних способів реагування на життєві виклики.

Отже, методи та техніки тілесно-орієнтованої терапії та арт-терапії є важливими інструментами для роботи з тілом і психікою, що допомагають пацієнтам відновити рівновагу, усвідомити внутрішні процеси і сприяти гармонійному розвитку особистості.

У четвертому питанні розглядається процес терапії та ролі клієнта і терапевта у тілесно-орієнтованій терапії, яка ґрунтується на взаємодії між психічними і фізичними аспектами особистості та інтеграції цих сфер у процесі зцілення.

Процес терапії в цьому підході є поступовим і гнучким, спрямованим на відновлення цілісності особистості через усвідомлення і роботу з тілесними відчуттями, напруженнями та блоками, які містять психічні травми та емоційні переживання. Терапія зазвичай починається з встановлення довірчих стосунків і створення безпечного простору, де клієнт може відкритися та почати відчувати своє тіло більш усвідомлено.

Роль клієнта полягає у готовності досліджувати свої тілесні відчуття, емоції і спогади, що можуть виникати під час терапії. Активна участь клієнта включає не лише вербальне обговорення, а й прийняття тілесних переживань як важливої інформації про внутрішній стан. Клієнт навчається розпізнавати та виражати свої емоції через тіло, що сприяє зняттю напруг і психологічному полегшенню.

Роль терапевта полягає у підтримці клієнта у цьому процесі, використанні спеціальних технік і вправ для роботи з тілом, а також у створенні атмосфери емпатії, безпеки і прийняття. Терапевт уважно спостерігає за тілесними реакціями клієнта, допомагає інтерпретувати їх у контексті психічних процесів і спрямовує терапевтичну роботу на поступове розблокування та інтеграцію травмованих частин особистості.

Важливою складовою терапевтичного процесу є співпраця і партнерство між клієнтом і терапевтом, де обидва беруть активну участь у пошуку шляхів зцілення. Такий діалог дозволяє балансувати між підтримкою і викликом, сприяючи глибоким і стійким змінам.

Отже, процес тілесно-орієнтованої терапії базується на інтеграції тілесного досвіду і психічних процесів, а ролі клієнта і терапевта полягають у співпраці, прийнятті і активній роботі з тілом і емоціями задля досягнення гармонії і психологічного здоров'я.

У *п'ятому питанні* розглядається застосування тілесно-орієнтованої терапії в роботі з травмами та психосоматичними розладами, а також аналізуються критика і обмеження цього підходу. Тілесно-орієнтована терапія, базуючись на концепції взаємозв'язку тіла і психіки, пропонує ефективні інструменти для усвідомлення і опрацювання тілесних проявів травматичного досвіду та психосоматичних симптомів.

У роботі з травмами тілесно-орієнтована терапія спрямована на розпізнавання і розблокування м'язових затисків і тілесних напруг, що зберігають в собі травматичні емоції і переживання. Через спеціальні техніки, включаючи дихальні вправи, рухові практики, тілесне усвідомлення та релаксацію, клієнти мають можливість поступово відновити зв'язок зі своїм тілом, розрядити напругу і прожити накопичені емоції в безпечному терапевтичному середовищі. Це сприяє глибшому зціленню і зниженню симптомів травматичного стресу.

Щодо психосоматичних розладів, тілесно-орієнтована терапія допомагає виявити і працювати з тілесними проявами психологічних конфліктів, які можуть призводити до хронічного болю, порушень травлення, серцево-судинних і інших соматичних проблем. Відновлення вільного руху енергії в тілі та усвідомлення тілесних сигналів дають змогу знизити напругу, покращити фізичний стан і психологічний комфорт.

Водночас, тілесно-орієнтована терапія має свої обмеження і зазнає критики. По-перше, цей підхід потребує високої кваліфікації терапевта та чутливості до індивідуальних особливостей клієнта, оскільки робота з травмами через тіло може викликати загострення симптомів або негативні реакції без належної підтримки. По-друге, деякі критики вважають, що тілесна терапія не завжди достатньо теоретично обґрунтована, що може знижувати її прийнятність у традиційній психотерапевтичній спільноті.

Крім того, тілесно-орієнтований підхід не завжди може бути самостійною терапією при тяжких психічних розладах або глибоких травмах

і часто вимагає інтеграції з іншими методами психотерапії для досягнення оптимальних результатів.

Отже, тілесно-орієнтована терапія є потужним інструментом у роботі з травмами і психосоматикою, однак її застосування потребує обережності, високого професіоналізму і часто комплексного підходу з урахуванням індивідуальних потреб клієнта.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 1, 2, 3, 14, 15, 19, 24, 25.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення тілесно-орієнтованої терапії та охарактеризуйте її історичні витоки.
2. Перерахуйте основні ідеї теорії особистості в тілесно-орієнтованій терапії.
3. Сформулюйте основні методи та техніки тілесно-орієнтованої терапії і арт-терапії.
4. Розкрийте роль клієнта та терапевта у процесі тілесно-орієнтованої терапії.
5. Назвіть особливості застосування тілесно-орієнтованої терапії у роботі з травмами та психосоматичними розладами, а також основні критичні зауваження щодо методу.

ТЕМА 16. MINDFULNESS ТЕРАПІЯ.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з історією розвитку майндфулнес-терапії, її теоретичними засадами, основними методами і техніками, а також розуміння ролі клієнта і терапевта у процесі терапії; аналіз застосування майндфулнесу у сучасній психотерапії, зокрема при роботі зі

стресом, тривогою та депресією, а також розгляд критики і обмежень цього підходу.

Основні поняття: майндфулнес, усвідомленість, безоціночне спостереження, медитація, Джон Кабат-Зінн, когнітивна терапія, стрес, тривога, депресія.

План

1. Історія майндфулнес-терапії: поєднання буддистських практик та когнітивної терапії. Роль Джона Кабата-Зінна в адаптації майндфулнесу для західних клієнтів.

2. Теорія особистості у майндфулнес-терапії: концепція усвідомленості та безоціночного спостереження за думками, емоціями та відчуттями як спосіб змінити ставлення до стресу.

3. Методи та техніки майндфулнес-терапії: медитація усвідомленості та концентрація на поточному моменті.

4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у майндфулнес-терапії: усвідомлене сприйняття досвіду.

5. Майндфулнес у сучасній психотерапії: робота зі стресом, тривогою та депресією. Критика та обмеження майндфулнесу.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядається історія майндфулнес-терапії як інтегративного психотерапевтичного підходу, що поєднує буддистські практики усвідомленості з принципами когнітивної терапії. Особлива увага приділяється ролі Джона Кабата-Зінна у адаптації та популяризації майндфулнесу серед західних клієнтів.

Майндфулнес, або усвідомленість, бере свій початок у традиціях буддизму, де практики усвідомлення теперішнього моменту слугують засобом досягнення психічної рівноваги, прозорості і звільнення від страждань. Ці

давні методи включають медитації, спрямовані на спостереження за думками, емоціями і тілесними відчуттями без оцінювання і з прийняттям.

У другій половині XX століття Джон Кабат-Зінн, американський біолог і медик, став одним із піонерів у введенні майндфулнесу у західну медицину та психотерапію. Він розробив програму зниження стресу на основі усвідомленості (Mindfulness-Based Stress Reduction — MBSR), яка поєднувала традиційні буддистські практики з науковим підходом і клінічним застосуванням. Програма MBSR була створена для роботи з широким колом клієнтів, зокрема з хронічними хворими, що дозволило майндфулнесу вийти за межі релігійного контексту та стати доступним інструментом у психологічній практиці.

Поєднання майндфулнесу з когнітивною терапією дало поштовх появи майндфулнес-базованої когнітивної терапії (МВСТ), яка спрямована на профілактику рецидивів депресії шляхом розвитку навичок усвідомленого спостереження за думками і почуттями без автоматичних реакцій і негативних оцінок.

Таким чином, історія майндфулнес-терапії є прикладом успішної інтеграції східних духовних практик і західних психотерапевтичних методів. Роль Джона Кабата-Зінна в адаптації і науковому обґрунтуванні майндфулнесу сприяла його широкому впровадженню в клінічну практику та подальшому розвитку сучасних психотерапевтичних напрямків, орієнтованих на усвідомленість і прийняття.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості в майндфулнес-терапії, яка базується на концепції усвідомленості та безоціночного спостереження за власними думками, емоціями і відчуттями як ключовому механізмі зміни ставлення до стресових та складних життєвих ситуацій.

Основою цієї теорії є припущення, що особистість — це не статична структура, а динамічний процес, який формується через взаємодію свідомого спостереження і переживання внутрішніх явищ у момент їх виникнення. Усвідомленість, або майндфулнес, розглядається як здатність бути повністю

присутнім у теперішньому моменті, відкритим і уважним до власного досвіду без автоматичних реакцій та оцінок.

Безоціночне спостереження означає, що думки, емоції та тілесні відчуття приймаються такими, якими вони є, без позначення їх як «хороших» чи «поганих», «корисних» чи «шкідливих». Це сприяє розриву звичної реактивної моделі, коли людина ідентифікується зі своїми негативними переживаннями, що часто призводить до посилення стресу, тривоги чи депресії.

Така позиція дозволяє особистості розвивати метакогнітивну здатність — усвідомлене ставлення до власних думок як до тимчасових явищ, а не як до абсолютної істини. Це відкриває простір для вибору реакції, підвищує гнучкість психіки і сприяє більш адаптивному способу взаємодії зі світом.

Таким чином, теорія особистості у майндфулнес-терапії акцентує увагу на розвитку усвідомленості як засобу трансформації ставлення до внутрішніх переживань і зовнішніх стресорів. Це дозволяє не боротися з негативними емоціями чи думками, а приймати їх як частину досвіду, що значно знижує психологічне навантаження і підтримує психічне здоров'я.

У *третьому питанні* розглядаються основні методи та техніки майндфулнес-терапії, зокрема медитація усвідомленості та концентрація на поточному моменті, які є фундаментальними інструментами для розвитку усвідомленості та покращення психоемоційного стану клієнта.

Медитація усвідомленості полягає у свідомому, безоціночному спостереженні за думками, емоціями, тілесними відчуттями та навколишнім середовищем у теперішньому моменті. Вона спрямована на тренування здатності бути присутнім «тут і зараз» без втягування в автоматичні реакції чи судження. Практика медитації допомагає клієнтам розвивати внутрішню стійкість, зменшувати рівень стресу, покращувати увагу та регулювати емоції.

Концентрація на поточному моменті включає усвідомлене зосередження уваги на конкретних аспектах досвіду — диханні, звуках, рухах тіла або

відчуттях. Ця техніка допомагає відволіктися від нав'язливих думок і тривожних переживань, сприяє зниженню рівня тривоги і відновленню психічної рівноваги. Через регулярне повторення такої практики формується навичка швидко і ефективно повертати увагу до теперішнього, що особливо важливо у стресових ситуаціях.

Обидві техніки — медитація усвідомленості і концентрація на моменті — часто інтегруються у програми майндфулнес-базованої терапії та використовуються як частина комплексного підходу до психоемоційної підтримки. Вони можуть виконуватися як під час спеціальних сесій, так і у повсякденному житті, що робить майндфулнес практично застосовним і доступним інструментом.

Таким чином, методи та техніки майндфулнес-терапії сприяють розвитку глибшого усвідомлення власного досвіду і формуванню більш адаптивних стратегій реагування на внутрішні і зовнішні виклики, що позитивно впливає на загальний психічний стан людини.

У *четвертому питанні* розглядається процес терапії, а також роль клієнта і терапевта у майндфулнес-терапії, де ключовим елементом є усвідомлене сприйняття власного досвіду як основа для змін і психічного оздоровлення.

Процес терапії у майндфулнес-підході полягає в навчанні клієнта розвивати здатність бути повністю присутнім у теперішньому моменті, уважно і безоціночно спостерігати свої думки, емоції, тілесні відчуття та зовнішнє середовище. Така практика допомагає відокремити себе від автоматичних реакцій і негативних патернів мислення, що часто підтримують стрес і психологічні труднощі.

Роль клієнта в цьому процесі є активною і свідомою. Клієнт учиться не уникати неприємних переживань і не боротися з ними, а приймати їх як тимчасові явища, що проходять. Це розвиває внутрішню гнучкість, знижує рівень внутрішнього конфлікту і покращує здатність ефективно справлятися з труднощами. Відповідальність клієнта також полягає у регулярній практиці

технік усвідомленості поза межами терапевтичних сесій, що сприяє глибшому і стійкому результату.

Терапевт у майндфулнес-терапії виступає як провідник і підтримка, який створює безпечне середовище для відкриття і дослідження внутрішнього досвіду клієнта. Терапевт демонструє прийняття, емпатію і неосудливість, що допомагає клієнту відчувати себе вільно і впевнено у процесі самопізнання. Водночас терапевт навчально спрямовує клієнта у розвитку навичок усвідомленості та допомагає інтегрувати їх у повсякденне життя.

Отже, процес майндфулнес-терапії базується на свідомому і безоціночному сприйнятті досвіду, а ролі клієнта і терапевта полягають у співпраці, підтримці і розвитку здатності до усвідомленості, що є фундаментом для особистісних змін і покращення психічного здоров'я.

У *п'ятому питанні* розглядається роль майндфулнесу у сучасній психотерапії, зокрема його застосування у роботі зі стресом, тривогою та депресією, а також аналізуються критика і обмеження цього підходу. Майндфулнес-терапія стала одним із провідних напрямів психотерапевтичної практики завдяки своїй ефективності у зниженні симптомів психологічного дискомфорту та розвитку навичок саморегуляції.

Застосування майндфулнесу у роботі зі стресом полягає у розвитку здатності усвідомлено і безоціночно спостерігати стресові реакції, що дозволяє розірвати автоматичний цикл негативних думок і емоцій. Це сприяє зниженню психоемоційного напруження і покращенню загального самопочуття. Техніки майндфулнесу допомагають клієнтам залишатися у теперішньому моменті, зменшуючи вплив минулих переживань або тривог щодо майбутнього.

У лікуванні тривожних розладів майндфулнес сприяє зменшенню нав'язливих думок і фізіологічних симптомів тривоги шляхом розширення здатності клієнта усвідомлювати свої внутрішні переживання без страху чи уникання. Цей підхід допомагає змінити реактивність нервової системи, сприяючи більш збалансованому емоційному стану.

Щодо депресії, майндфулнес-базована когнітивна терапія (МВСТ) є доказовою методикою профілактики рецидивів, особливо у випадках хронічної або рецидивуючої депресії. МВСТ навчає клієнтів усвідомленому ставленню до негативних думок і настроїв, що знижує ймовірність заглиблення у депресивні стани.

Водночас, майндфулнес зазнає критики і має певні обмеження. По-перше, ефективність практик може залежати від рівня мотивації та регулярності виконання технік, що не завжди доступно усім клієнтам. По-друге, існують застереження щодо використання майндфулнесу при тяжких психічних розладах, таких як посттравматичний стресовий розлад або психози, де практика усвідомленості без належного супроводу може викликати загострення симптомів.

Крім того, деякі дослідники відзначають недостатність емпіричних даних щодо довгострокових ефектів майндфулнес-терапії, а також підкреслюють необхідність інтеграції цього підходу з іншими психотерапевтичними методами для досягнення комплексного ефекту.

Отже, майндфулнес є потужним інструментом у сучасній психотерапії, особливо у роботі зі стресом, тривогою та депресією, але його застосування потребує врахування індивідуальних особливостей клієнта, мотивації та клінічного контексту, а також доповнення іншими терапевтичними стратегіями.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 1, 2, 3, 4, 5, 15, 19, 24, 25.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення майндфулнес-терапії та охарактеризуйте її історичні витоки.

2. Перерахуйте ключові поняття теорії особистості у майндфулнес-терапії.
3. Сформулюйте основні методи та техніки майндфулнес-терапії.
4. Розкрийте роль клієнта та терапевта у процесі майндфулнес-терапії.
5. Назвіть сфери застосування майндфулнесу у сучасній психотерапії та основні критичні зауваження щодо цього підходу.

ТЕМА 17. СХЕМА-ТЕРАПІЯ ДЖЕФФРІ ЯНГА.

Метою семінарського заняття є ознайомлення з історією виникнення та розвитком схема-терапії Джеффрі Янга, вивчення її теоретичних основ, зокрема концепції ранніх дезадаптивних схем, копінгових стилів і схема-режимів; розгляд методів і технік роботи зі схемами; аналіз ролі клієнта і терапевта у процесі терапії; а також обговорення застосування схема-терапії у лікуванні прикордонних розладів і емоційної дисрегуляції, включно з критикою і обмеженнями цього підходу.

Основні поняття: схема-терапія, ранні дезадаптивні схеми, копінгові стилі, схема-режими, базові емоційні потреби, реконструкція схем, когнітивні та емоційні методи.

План

1. Історія схема-терапії: інтеграція когнітивної та психоаналітичної терапії.
2. Теорія особистості у схема-терапії: концепція стилів копінгу, концепція схема-режимів, визначення 18 ранніх дезадаптивних схем та 5 категорій. Взаємозв'язок категорій схем та базових емоційних потреб.
3. Методи та техніки схема-терапії: робота зі схемами та дисфункціональними моделями, техніки ідентифікації і переробки шкідливих схем, використання когнітивних, емоційних та поведінкових методів для корекції цих моделей.

4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у схема-терапії: реконструкція схем через емоційне та когнітивне переформатування.

5. Схема-терапія у лікуванні прикордонних розладів та емоційної дисрегуляції. Критика та обмеження схема-терапії.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У *першому питанні* розглядається історія схема-терапії як інноваційного психотерапевтичного підходу, що виник на основі інтеграції когнітивної та психоаналітичної терапії. Схема-терапія була розроблена Джеффрі Янгом у кінці 1980-х – на початку 1990-х років і стала відповіддю на потребу ефективного лікування складних особистісних розладів та стійких емоційних проблем.

Ідеї когнітивної терапії, започаткованої Аароном Беком, акцентували увагу на зміні дисфункціональних думок і поведінкових патернів, однак у випадках глибинних особистісних порушень цей підхід виявлявся недостатньо ефективним. Психоаналітичні теорії, у свою чергу, пропонували глибоке розуміння ранніх дитячих переживань і внутрішніх конфліктів, але часто були довготривалими та менш структурованими.

Джеффрі Янг синтезував ці підходи, розробивши концепцію «схем» — глибинних, стійких патернів сприйняття, емоцій і поведінки, які формуються в дитинстві і впливають на подальше життя людини. Схеми утворюються як наслідок незадоволення основних емоційних потреб і можуть підтримувати дезадаптивні реакції в дорослому віці.

Інтеграція когнітивних технік із роботою над ранніми травматичними переживаннями та внутрішніми конфліктами дала змогу схема-терапії стати більш ефективною у лікуванні стійких проблем, таких як розлади особистості, хронічна депресія, тривога та міжособистісні труднощі.

Отже, історія схема-терапії відображає процес поєднання найкращих здобутків когнітивної і психоаналітичної традицій у новий структурований

метод, що спрямований на глибинну трансформацію особистості та покращення якості життя клієнтів.

У другому питанні розглядається теорія особистості у схема-терапії, яка базується на концепціях ранніх дезадаптивних схем, стилів копіngu та схема-режимів, що допомагають пояснити формування стійких психоемоційних патернів і їх вплив на поведінку та внутрішній досвід особистості.

Одним із ключових елементів теорії є визначення 18 ранніх дезадаптивних схем — глибинних, стійких моделей мислення, відчуттів та поведінки, які формуються в дитинстві або юності під впливом незадоволених базових емоційних потреб (Цільмак, Лефтеров, 2020). Ці схеми об'єднані у п'ять категорій: порушення меж (наприклад, покинутості, недовіри/зловживання), дефіцит автономії та продуктивності (наприклад, залежності, незрілості), дефіцит меж (наприклад, емоційна нестабільність), надмірна чутливість до вимог та критики (наприклад, жорсткий стандарт) та порушення самоідентичності.

Взаємозв'язок категорій схем із базовими емоційними потребами полягає в тому, що кожна дезадаптивна схема виникає як наслідок незадоволення однієї або кількох фундаментальних потреб, таких як потреба в безпеці, прийнятті, автономії, повазі, любові та самовираженні. Цей зв'язок пояснює, чому незадоволеність основних потреб у ранньому віці призводить до формування стійких дезадаптивних патернів, які впливають на доросле життя.

Концепція стилів копіngu описує типові способи, якими особистість реагує на активацію схем. Визначаються три основні стилі: уникнення (уникання ситуацій, що активують схеми), придушення (боротьба із схемами через контроль і стримування емоцій) і пристосування (підлаштування під схему, часто шляхом жертвування власними потребами).

Схема-режими — це тимчасові, динамічні стани особистості, які відображають активацію певних схем та копінгових стилів у конкретних

ситуаціях. Вони демонструють, як різні частини особистості можуть проявлятися у взаємодії з оточенням і внутрішніми конфліктами.

Таким чином, теорія особистості у схема-терапії пропонує глибоке розуміння механізмів формування і підтримки психологічних труднощів через взаємодію ранніх дезадаптивних схем, стилів копіngu та схема-режимів, що дає змогу ефективно планувати терапевтичне втручання і сприяти глибинній зміні особистості.

У *третьому питанні* розглядаються методи та техніки схема-терапії, які спрямовані на роботу з ранніми дезадаптивними схемами та дисфункціональними моделями мислення, емоцій і поведінки з метою їх ідентифікації, усвідомлення та корекції.

Основним завданням терапії є виявлення та усвідомлення клієнтом його власних шкідливих схем — стійких патернів, які формувалися в дитинстві і зараз негативно впливають на життя. Для цього використовуються різноманітні техніки, що допомагають «зловити» момент активації схеми, визначити її зміст і роль у поведінці та переживаннях. Серед таких методів — ведення щоденників, експресивні вправи, рольові ігри, а також детальний аналіз конкретних життєвих ситуацій.

Когнітивні техніки включають роботу з переконаннями, які підтримують дезадаптивні схеми, їх логічну перевірку та заміну більш адаптивними думками. Це дозволяє змінити внутрішній діалог і знизити вплив негативних патернів.

Емоційні методи направлені на глибоке переживання і вираження прихованих почуттів, пов'язаних із ранніми травмами. Для цього застосовують техніки уявної експресії, роботу з образами, психодраму, а також використання тілесних відчуттів. Такі прийоми допомагають розблокувати пригнічені емоції і сприяють емоційному звільненню.

Поведенкові стратегії полягають у формуванні нових, більш адаптивних способів реагування на ситуації, що активують шкідливі схеми. Це включає

практичні вправи, спрямовані на зміну поведінки в реальному житті, розвиток навичок асертивності, самозахисту та ефективного спілкування.

Інтеграція когнітивних, емоційних та поведінкових методів дозволяє схема-терапії працювати з клієнтом комплексно, впливаючи на всі рівні проблеми і сприяючи глибинній трансформації особистості. Терапевт виконує роль фасилітатора, який допомагає клієнту усвідомити свої схеми, відчувати емоції, пов'язані з ними, і експериментувати з новими моделями поведінки.

Таким чином, методи та техніки схема-терапії створюють системний і послідовний підхід до роботи з ранніми дезадаптивними схемами, що підвищує ефективність терапевтичного процесу і допомагає досягти стійких змін у житті клієнта.

У *четвертому питанні* розглядається процес терапії у схема-терапії, а також роль клієнта і терапевта, які спільно працюють над реконструкцією ранніх дезадаптивних схем через емоційне та когнітивне переформатування.

Процес терапії у схема-терапії є глибоким і багатокомпонентним, він спрямований на зміну стійких негативних патернів мислення, емоцій та поведінки, які сформувалися в дитинстві і продовжують впливати на життя дорослої людини. Відмінною рисою цього процесу є поєднання когнітивних, емоційних і поведінкових технік, що дає змогу не лише усвідомити шкідливі схеми, а й трансформувати їх на глибинному рівні.

Роль клієнта полягає у відкритості до дослідження власного внутрішнього світу, готовності працювати з болючими спогадами і емоціями, а також у активній участі у виконанні домашніх завдань та застосуванні нових моделей поведінки у повсякденному житті. Клієнт виступає як активний партнер у терапевтичному процесі, який поступово набуває здатності розпізнавати активацію схем і свідомо вибирати альтернативні способи реагування.

Терапевт у схема-терапії виконує роль фасилітатора та підтримки, який допомагає клієнту ідентифікувати ранні дезадаптивні схеми, сприяє емоційному проживанню минулих травм через відповідні терапевтичні

техніки, а також навчає когнітивним стратегіям зміни негативних переконань. Особлива увага приділяється встановленню довірчих відносин, що створюють безпечне середовище для глибинної роботи.

Емоційне переформатування включає роботу з відчуттями і переживаннями, які були пригнічені або викривлені внаслідок травматичного досвіду. Це може відбуватися через техніки психодрами, уявної експресії, тілесної роботи та інших прийомів, що дозволяють клієнту знову відчути і переосмислити ці емоції в новому контексті.

Когнітивне переформатування полягає у зміні дисфункціональних переконань і мисленнєвих шаблонів, які підтримують шкідливі схеми. Завдяки цьому клієнт отримує новий, більш адаптивний спосіб сприйняття себе, інших і світу, що сприяє покращенню емоційного стану та поведінкових реакцій.

Отже, процес терапії у схема-терапії є динамічним і інтегративним, де роль клієнта і терапевта полягає у спільній роботі над реконструкцією схем через емоційне проживання і когнітивну трансформацію, що веде до глибинних і стійких змін у житті особистості.

У *п'ятому питанні* розглядається застосування схема-терапії у лікуванні прикордонних розладів особистості та емоційної дисрегуляції, а також аналізуються її критика та обмеження. Схема-терапія зарекомендувала себе як ефективний підхід у роботі з важкими та складними психологічними станами, зокрема з прикордонним розладом особистості (ПРО), що характеризується нестабільністю міжособистісних стосунків, емоційною нестабільністю, імпульсивністю та частими кризами.

У роботі з ПРО схема-терапія фокусується на виявленні і трансформації ранніх дезадаптивних схем, які лежать в основі емоційної дисрегуляції і порушень у самоідентичності. Методика включає роботу з емоційними травмами дитинства, формування навичок саморегуляції, а також розвиток більш адаптивних моделей сприйняття себе та інших. Ефективність схема-терапії при ПРО підтверджується численними дослідженнями, що

відзначають зниження симптомів, покращення міжособистісної функціональності та підвищення якості життя пацієнтів.

Проте схема-терапія має і певні обмеження. По-перше, цей підхід вимагає тривалого терапевтичного процесу і високої мотивації клієнта, що не завжди можливо при гострих станах або низькій готовності до змін. По-друге, терапія вимагає високої кваліфікації фахівця, здатного працювати з глибокими травмами та складними міжособистісними динаміками. Недостатній професіоналізм може призвести до неефективності або навіть погіршення стану.

Критика також стосується недостатньої кількості емпіричних досліджень, особливо в різних культурних контекстах, а також обмеженості загальної доступності терапії через її складність і ресурсомісткість. Деякі фахівці відзначають, що схема-терапія може не охоплювати всі аспекти складних психічних розладів, тому часто її поєднують із іншими методами, зокрема діалектичної поведінкової терапії.

Отже, схема-терапія є потужним інструментом у лікуванні прикордонних розладів та емоційної дисрегуляції, але її застосування потребує ретельного підбору клієнтів, високої професійної підготовки терапевтів та врахування індивідуальних і культурних особливостей, що дозволяє максимально ефективно використовувати потенціал цього підходу.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 1, 2, 3, 4, 14, 15, 19, 24, 25.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення схема-терапії та охарактеризуйте її історичне походження.
2. Перерахуйте і поясніть основні категорії ранніх дезадаптивних схем.

3. Сформулюйте основні методи та техніки, що застосовуються у схема-терапії.
4. Розкрийте роль клієнта і терапевта у процесі реконструкції дезадаптивних схем.
5. Назвіть основні сфери застосування схема-терапії та її основні обмеження.

ТЕМА 18. ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЯ ТА ПЕРЕРОБКА РУХОМ ОЧЕЙ (EMDR).

Метою семінарського заняття є ознайомлення з історією створення та розвитком методу десенсибілізації та переробки рухом очей (EMDR), вивчення теоретичних основ, зокрема ролі травми у психіці, розгляд основних методів і технік EMDR, аналіз процесу терапії та ролі клієнта і терапевта у реінтеграції травматичних спогадів, а також обговорення застосування методу у лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших травматичних розладів, включно з критикою та обмеженнями методу.

Основні поняття: Основні поняття: EMDR, білатеральна стимуляція, травма, переробка травматичних спогадів, реінтеграція, посттравматичний стресовий розлад.

План

1. Історія методу EMDR: винайдення Франсін Шاپіро та його еволюція.
2. Теорія особистості у EMDR: травма та її вплив на психіку.
3. Методи та техніки EMDR: переробка травматичних спогадів через рух очей та білатеральну стимуляцію.
4. Процес терапії, роль клієнта та терапевта у EMDR: реінтеграція травматичних спогадів
5. EMDR у лікуванні ПТСР та інших розладів, пов'язаних з травмою. Критика та обмеження EMDR.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У першому питанні розглядається історія методу десенсибілізації та репроцесінгу за допомогою рухів очей (EMDR), його виникнення завдяки дослідженням Франсін Шапіро та подальша еволюція як ефективного психотерапевтичного підходу, насамперед у роботі з травматичним досвідом.

Метод EMDR був розроблений наприкінці 1980-х років американською психологинею Франсін Шапіро, яка випадково звернула увагу на те, що швидкі спонтанні рухи очей допомагають зменшити інтенсивність тривожних думок. Ці спостереження стали відправною точкою для створення нової техніки, яку Шапіро почала систематично досліджувати та вдосконалювати. У 1989 році вона опублікувала перше клінічне дослідження, в якому було показано, що EMDR може значно знижувати симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів війни та жертв насильства (Карачинський, Клименко,, Деснова, 2024).

Метод швидко отримав визнання як інноваційний підхід до лікування психологічних травм. Його суть полягає в тому, що під час активації травматичної пам'яті клієнт одночасно виконує серію двосторонніх стимуляцій — найчастіше у вигляді горизонтальних рухів очей. Такий процес, як вважається, сприяє переробці травматичних спогадів і переведенню їх у менш емоційно навантажену форму.

Згодом метод був розширений і адаптований до ширшого кола проблем: тривожних розладів, депресії, фобій, ускладненого горювання, залежностей та порушень прив'язаності. Виникли нові варіанти білатеральної стимуляції — наприклад, ритмічне постукування по руках або звукові сигнали.

EMDR поступово інтегрувався в систему доказової психотерапії. Його ефективність підтверджена великою кількістю клінічних досліджень, а міжнародні організації — такі як Всесвітня організація охорони здоров'я та Американська психіатрична асоціація — офіційно рекомендують цей метод

для лікування ПТСР (Karachynskyi, Klymenko, Tverdokhlib, Zlobin, Kononenko, 2024).

Таким чином, історія EMDR демонструє, як спостереження, підкріплене емпіричним дослідженням, дало початок новому методу, що поєднує нейрофізіологічні принципи з психотерапевтичною роботою і посідає важливе місце у сучасній травмоорієнтованій терапії.

У *другому питанні* розглядається теорія особистості у методі EMDR, яка базується на розумінні травми як центрального чинника, що впливає на психічне функціонування людини, та розглядає особистість як систему, яка реагує, адаптується або дезорганізується під впливом травматичних подій.

Ключовою основою концепції EMDR є модель адаптивного перероблення інформації (Adaptive Information Processing, AIP), яка припускає, що психіка людини за своєю природою здатна інтегрувати досвід і адаптуватися до труднощів. У нормі спогади про стресові події перероблюються мозком так, щоб вони могли бути інтегровані у загальний досвід і не порушували психоемоційну рівновагу. Однак при сильній або хронічній травмі цей процес блокується: спогади залишаються «необробленими» і зберігаються у сирому, емоційно насиченому вигляді, що призводить до повторної активації симптомів при найменших тригерах.

Особистість у контексті EMDR розглядається як структура, у якій взаємодіють свідомі й несвідомі рівні, минулий досвід, емоційні реакції та захисні механізми. Травматичний досвід може спричинити формування дезадаптивних переконань про себе, інших та світ (наприклад, «я безпорадний», «мені не можна довіряти», «світ небезпечний»), що вкорінюються в особистісній системі й впливають на поведінку та емоційні реакції в теперішньому.

У рамках EMDR основна мета — дати можливість мозку завершити переробку травматичного досвіду, який був «заморожений» у часі, та відновити природну здатність психіки до інтеграції. Зміна переконань та емоційного забарвлення спогаду після терапевтичної обробки сприяє

стабілізації внутрішнього стану та формуванню більш адаптивного образу себе.

Таким чином, теорія особистості в EMDR підкреслює глибокий вплив травми на психічні процеси, вказує на значення «непереробленої» інформації як джерела дистресу, та водночас визнає потенціал особистості до відновлення через цілісний і цілеспрямований процес терапевтичної інтеграції травматичного досвіду (Кісарчук, 2015).

У *третьому питанні* розглядаються основні методи та техніки EMDR-терапії, що спрямовані на переробку травматичних спогадів за допомогою білатеральної стимуляції, зокрема рухів очей, ритмічного постукування або звукових сигналів. Ці техніки слугують інструментами для активації природного механізму адаптивного перероблення інформації в мозку.

Центральною технікою EMDR є серія керованих сесій, під час яких клієнт фокусується на конкретному травматичному спогаді або дистресовому переживанні, одночасно виконуючи двосторонню стимуляцію. Найпоширенішою формою є горизонтальні рухи очей — клієнт стежить за пальцем терапевта або іншим візуальним об'єктом, що рухається з боку в бік. Також застосовуються альтернативні методи білатеральної стимуляції — наприклад, ритмічне постукування по руках або ногах, звуки, які чергуються у лівому і правому вусі.

Процес терапії складається з восьми фаз, серед яких ключовими є ідентифікація травматичного матеріалу, визначення негативної переконаності про себе, формулювання бажаної адаптивної установки, оцінка тілесних реакцій, а також безпосередня переробка матеріалу за допомогою білатеральної стимуляції. Під час сесії клієнт переживає фрагменти травматичного досвіду, і паралельно запускається механізм спонтанної обробки цього матеріалу. У процесі відбувається поступове зменшення емоційної інтенсивності спогаду, зміна негативної установки на більш конструктивну, а також зменшення тілесного дискомфорту.

Важливим аспектом є те, що під час білатеральної стимуляції терапевт не втручається в зміст процесу, а лише підтримує клієнта у його власному внутрішньому русі. Техніки EMDR не базуються на детальному обговоренні травми, як це часто буває у класичній психотерапії, а орієнтовані на роботу з пам'яттю на глибинному рівні, що дозволяє обійти психологічні захисти та активізувати нейропсихологічні механізми інтеграції.

Таким чином, методи і техніки EMDR створюють можливість безпечної і структурованої переробки травматичного досвіду, сприяючи зменшенню симптомів, стабілізації емоційного стану і формуванню більш адаптивного ставлення до себе та світу.

У *четвертому питанні* розглядається процес терапії у методі EMDR, а також роль клієнта і терапевта в контексті реінтеграції травматичних спогадів. Цей процес базується на моделі адаптивного перероблення інформації, згідно з якою психіка має вроджену здатність інтегрувати навіть дуже болісний досвід, за умови створення відповідних умов у терапевтичному просторі.

Процес EMDR-терапії складається з восьми послідовних фаз, що включають підготовку, ідентифікацію цільових спогадів, переробку травматичних епізодів, закріплення нових переконань і переоцінку результатів. Центральним етапом є безпосередня переробка спогадів за допомогою білатеральної стимуляції, яка активізує внутрішній механізм інтеграції інформації. Цей процес не є суто когнітивним — він охоплює емоційні, тілесні й образні аспекти травматичної пам'яті, які піддаються природній трансформації.

Роль клієнта у цьому процесі полягає в готовності зануритися у внутрішній досвід, дозволяючи виникати образам, думкам і відчуттям, що пов'язані з травматичним спогадом. Клієнт не зобов'язаний детально вербалізувати зміст спогаду; головним є слідування за процесом, відчуттями та змінами, які виникають під час білатеральної стимуляції. Клієнт активно

співпрацює з терапевтом, повідомляючи про зміни у суб'єктивному стані, але водночас має простір для індивідуальної інтеграції досвіду у власному темпі.

Терапевт у методі EMDR виконує структуровану, але підтримуючу роль. Він відповідає за створення безпечного терапевтичного середовища, підготовку клієнта до роботи з травматичним матеріалом, технічне супроводження сесій і підтримку в складні моменти. Терапевт допомагає клієнту утримувати фокус на обраній мішені, слідкує за реакціями клієнта та за необхідності втручається, аби знизити емоційне навантаження або повернути клієнта у «тут і тепер».

Реінтеграція травматичних спогадів у контексті EMDR означає, що раніше фрагментований або «заморожений» досвід стає частиною наративної пам'яті — тобто спогад залишається, але втрачає емоційну інтенсивність, тіло розслаблюється, а переконання змінюються на більш адаптивні. Наприклад, установка «я безпорадний» може трансформуватися в «я вижив» або «я маю силу впоратися».

Таким чином, процес EMDR-терапії — це структурована і водночас гнучка взаємодія між клієнтом і терапевтом, спрямована на глибоку реінтеграцію травматичного досвіду шляхом активації природного механізму зцілення, що сприяє емоційному відновленню та особистісному зростанню.

У *п'ятому питанні* розглядається застосування методу EMDR у лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних станів, пов'язаних із травмою, а також надається критичний огляд цього методу і його потенційних обмежень. EMDR (десенсибілізація та репроцесінг за допомогою рухів очей) зарекомендував себе як один із найефективніших підходів у роботі з наслідками психотравм.

Найбільш емпірично обґрунтованим напрямом застосування EMDR є лікування ПТСР. Метод широко використовується для роботи з військовими ветеранами, жертвами насильства, аварій, катастроф, а також у пацієнтів, які пережили хронічну психологічну травматизацію в дитинстві. Завдяки білатеральній стимуляції клієнт активує збережений у пам'яті травматичний

досвід, після чого запускається процес його природної переробки, що призводить до зниження емоційної інтенсивності спогадів, зміни негативних переконань та відновлення почуття безпеки.

Окрім ПТСР, EMDR показав свою ефективність у роботі з генералізованими тривожними розладами, панічними атаками, фобіями, депресією, дисоціативними станами, ускладненим горюванням, соматоформними розладами, а також у лікуванні наслідків емоційного та фізичного насильства. Метод також застосовується у роботі з низькою самооцінкою, соромом, провиною, а останніми роками — у контексті розвитку особистості, підвищення стресостійкості та покращення якості життя.

Попри високу ефективність, EMDR має певні критичні зауваження та обмеження. По-перше, механізм дії методу досі остаточно не пояснений на нейрофізіологічному рівні. Існують різні гіпотези щодо ролі білатеральної стимуляції (зокрема, порівняння з фазами швидкого сну — REM), однак жодна з них не має вичерпного емпіричного підтвердження. Деякі дослідники вважають, що ефективність може бути зумовлена не специфічними рухами очей, а загальною структурою терапії та активною роботою з емоційно значущими спогадами.

По-друге, EMDR потребує ретельної підготовки клієнта, наявності стабільного психоемоційного стану та відповідної кваліфікації терапевта. У випадках глибокої дисоціації, тяжких психотичних розладів або відсутності базового рівня безпеки метод може бути неефективним або навіть небезпечним без належного етапу стабілізації.

Крім того, існує обмежена кількість високоякісних досліджень щодо використання EMDR у роботі з розладами, не пов'язаними з ПТСР. У таких випадках застосування методу має розглядатися з обережністю, у поєднанні з іншими клінічно обґрунтованими підходами.

Таким чином, EMDR є сучасним і високоефективним методом лікування травматичних розладів, насамперед ПТСР, однак його застосування вимагає

професійного підходу, усвідомлення контексту, індивідуальних особливостей клієнта та клінічної доцільності.

Рекомендована література

Базова література: 1, 3, 4, 5.

Допоміжна література: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення методу EMDR та охарактеризуйте історію його виникнення.
2. Перерахуйте основні теоретичні положення щодо травми у контексті EMDR.
3. Сформулюйте основні методи і техніки, що застосовуються у EMDR.
4. Розкрийте роль клієнта та терапевта у процесі десенсибілізації та переробки травматичних спогадів.
5. Назвіть основні сфери застосування EMDR та основні критичні зауваження до методу.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЗА СЕМІНАРСЬКИМИ ЗАНЯТТЯМИ

Тема 1. Класичний (фройдівський) психоаналіз.

1. Складіть короткий огляд історичного розвитку класичного психоаналізу, виділивши ключові етапи та внесок Зигмунда Фрейда.
2. Проаналізуйте роль концепцій Его, Ід і Супер-Его у формуванні особистості згідно з психоаналітичною теорією, навівши приклади їх впливу на поведінку.

Тема 2. Юнгіанський аналіз.

1. Опишіть основні відмінності між психоаналізом Фрейда та юнгіанським аналізом, зосередившись на концепціях архетипів і колективного несвідомого.

2. Проаналізуйте процес індивідуації в юнгіанському аналізі та наведіть приклади, як робота з символами допомагає клієнтам у цьому процесі.

Тема 3. Адлеріанська психотерапія.

1. Проаналізуйте вплив позиції дитини в сім'ї на формування життєвого стилю згідно з теорією Адлера та наведіть приклади з практики.

2. Опишіть основні методи Адлеріанської психотерапії, зокрема метод ранніх спогадів і техніки «ловлі самого себе» та «негативної практики», та їх застосування у терапевтичному процесі.

Тема 4. Транзактний аналіз Еріка Берна.

1. Проаналізуйте три его-стани (Батько, Дорослий, Дитина) у транзактному аналізі та наведіть приклади їх проявів у міжособистісній комунікації.

2. Опишіть основні техніки транзактного аналізу, такі як «погладжування» та «ігри», і запропонуйте способи їх використання для зміцнення автономії клієнта.

Тема 5. Екзистенціальна психотерапія.

1. Проаналізуйте екзистенційні данності — смерть, свободу, ізоляцію та беззмістовність — і опишіть, як вони впливають на психологічний стан людини.

2. Розробіть рекомендації щодо стратегій психологічної роботи з переживаннями беззмістовності та втрати сенсу життя в контексті екзистенціальної психотерапії.

Тема 6. Логотерапія Віктора Франкла.

1. Опишіть основні методи логотерапії, зокрема парадоксальну інтенцію та дерефлексію, і наведіть приклади їх застосування у роботі з клієнтами, які переживають екзистенційний вакуум.

2. Проаналізуйте роль спільного пошуку сенсу у терапевтичному процесі та розробіть план проведення сократичного діалогу з клієнтом.

Тема 7. Клієнт-центрована терапія Карла Роджерса.

1. Проаналізуйте три основні умови терапії за Роджерсом — конгруентність, емпатію та безумовне позитивне ставлення — і поясніть їх значення для ефективної терапевтичної взаємодії.

2. Складіть план сесії клієнт-центрованої терапії, що сприяє розвитку самоактуалізації та позитивної «Я-концепції» у клієнта.

Тема 8. Гештальт-терапія Фредеріка Перлза.

1. Опишіть основні техніки гештальт-терапії, такі як «порожній стілець» та техніки роботи з полярностями, і поясніть їхню роль у підвищенні усвідомленості клієнта.

2. Проаналізуйте концепцію «тут і зараз» у гештальт-терапії та розробіть вправу для тренування усвідомленості в контексті терапевтичної сесії.

Тема 9. Дазайн-аналіз Людвіга Бінсвангера.

1. Проаналізуйте поняття Dasein у дазайн-аналізі та поясніть, як це розуміння впливає на роботу терапевта з клієнтом у контексті пошуку сенсу існування.

2. Опишіть феноменологічний метод у дазайн-аналізі та розробіть вправу для клієнта, спрямовану на усвідомлення власного досвіду буття «тут і зараз».

Тема 10. Біхевіоральна психотерапія Дж. Уотсона та Б. Ф. Скіннера.

1. Опишіть приклад застосування систематичної десенсибілізації для подолання конкретної фобії.

2. Наведіть приклади з повсякденного життя, які ілюструють формули $S \rightarrow R$ та $S \rightarrow PP \rightarrow R$.

Тема 11. Раціонально-емотивна поведінкова терапія Альберта Елліса.

1. Поясніть, як ABC-модель допомагає виявити зв'язок між подіями, думками та емоціями.

2. Наведіть приклад ірраціонального переконання та запропонуйте раціональну альтернативу.

Тема 12. Когнітивна терапія Аарона Бека.

1. Наведіть приклад автоматичної негативної думки та спробуйте трансформувати її у більш реалістичну.

2. Оберіть один когнітивний викривлення (наприклад, «чорно-біле мислення») та поясніть, як воно впливає на поведінку.

Тема 13. Терапія реальністю Вільяма Глассера.

1. Перерахуйте п'ять базових потреб за Глассером і коротко поясніть, як кожна з них впливає на поведінку людини.

2. Наведіть приклад ситуації, коли клієнт замість пошуку виправдань бере відповідальність за свій вибір.

Тема 14. Діалектична біхевіоральна терапія Марші Лінехан.

1. Наведіть приклад внутрішнього конфлікту, який можна пояснити через діалектичну модель (теза – антитеза – синтез).

2. Складіть короткий діалог, у якому терапевт використовує техніку «Адвокат диявола» для зміни деструктивного переконання клієнта.

Тема 15. Тілесно-орієнтовані методи терапії.

1. Опишіть, як хронічна напруга в тілі може бути пов'язана з психологічними захисними механізмами.

2. Проведіть самоспостереження: які відчуття виникають у вашому тілі під час стресу, і як ви на них зазвичай реагуєте?

Тема 16. Mindfulness терапія.

1. Практикуйте 5-хвилинну медитацію усвідомленості: зосередьтесь на диханні, не змінюючи його, просто спостерігайте.

2. Спостерігайте протягом дня за моментами, коли ваш розум «тікає» в минуле або майбутнє, і повертайте його до теперішнього моменту.

Тема 17. Схема-терапія Джеффри Янга.

1. Ознайомтеся з історією схема-терапії та її поєднанням когнітивних і психоаналітичних підходів.

2. Проаналізуйте власні базові емоційні потреби та можливі ранні дезадаптивні схеми, які можуть на них впливати.

Тема 18. Десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR).

1. Ознайомтесь з історію виникнення EMDR і внесок Франсін Шапіро у розвиток методу.

2. Проаналізуйте роль травми у формуванні психічних порушень та механізми її обробки за допомогою EMDR.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Базова література:

1. Ігнатович О. М. Основи професійного консультування. Методичні рекомендації. Біла Церква: БІНПО УМО НАПН України, 2024. Фокус на професійному консультуванні для магістрів. Доступ: https://binpo.com.ua/wp-content/uploads/2025/02/OK13_МЕТОДИЧНІ-РЕКОМЕНДАЦІЇ.pdf

2. Каліщук С. М. Психотехніки кризового консультування: моделі, алгоритми, вправи, приклади. Навчальний посібник. Київ: МайстерКниг, 2023. 368 с. Практичний посібник з кризового консультування (актуально для воєнного контексту). PDF: [https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/47783/3/Kalishchuk_S_NP_FPSRSO%20\(1\).pdf](https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/47783/3/Kalishchuk_S_NP_FPSRSO%20(1).pdf)

3. Ковальова І. Б. Основи психологічної допомоги : конспект лекцій / І. Б. Ковальова ; Нац. техн. ун-т «Харків. політехн. ін-т». – Харків : ФОП Іванченко І. С., 2024. – 114 с. <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/dd03d431-11d1-4b0a-9627-e8b610aa99c5/content>

4. Крупельницька, Людмила. Напрями сучасної психотерапії : навч. посіб. / Людмила Крупельницька. – Київ : Інтерсервіс, 2018. – 294 с. 300 пр. – Бібліогр.: с. 290-294. URL: <https://scholar.google.com.ua/citations?user=uppVLNAAAAAJ&hl=uk>

5. Крупельницька Л. (2023). Психотерапія у постнекласичній парадигмі : посібник. Київ : ГО «МНГ», 176 с. : рис., таблиці / Online-видання. URL: https://psy.knu.ua/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=fronfile.download&catid=793&id=2465&Itemid=1000000000000

Додаткова література:

1. Афанасьєва Н. Є. Психологічне консультування фахівців екстремального профілю : теорія, методологія, практика : [монографія] /

Афанасьєва Н. Є. Харків : НУЦЗУ, 2017. – 315 с. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/3232/1/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F%20%28%D0%90%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B0%29%20%D1%81%20%D1%84%D0%BE%D1%82%D0%BE.pdf>

2. Глива Є. Вступ до психотерапії [Текст] : навч. посібник. Острог-Київ, 2004. 328 с. URL: https://www.yakaboo.ua/ua/vstup-do-psihoterapii.html?srsId=AfmBOooJd5e9w6_pXww5qZJW9800yarFTBmloiVZ0UxwukbaVOXgNx2d

3. Канеман Д. Мислення швидко й повільне. Київ, 2017. 480 с. URL: https://nashformat.ua/products/myslennya-shvydke-j-povilne-709056?srsId=AfmBOopXbAHyONvyRe7b-jU7SeDKmVUedMFCK2OxWT_HcvD9sC6PodRW

4. Карачинський О.А. Військова психологія: конспект лекцій [Електронний ресурс]: навч. посіб. для здобувачів ступеня бакалавра за всіма спеціальностями та всіма освітніми програмами / КПІ ім. Ігоря Сікорського; уклад.: О.А. Карачинський— Електронні текстові дані (1 файл: 170 Кбайт). — Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2024. — 128 с. URL: <https://ela.kpi.ua/items/c1c4c5df-2feb-481c-bfb2-a85242e3aab4>

5. Карачинський О. А. Діалектичні стратегії надання психологічної допомоги військовослужбовцям в постстресовий період. Вісник Національного університету оборони України : зб. наук. пр., 2015. Вип. 2 (45). С. 101–105.

6. Карачинський О. А. Особливості смислової сфери особистості внаслідок подолання життєвих криз. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Психологія, 2016. Вип. 5. URL: <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

7. Карачинський О. А. Сенс як інтегративна основа особистості у теоріях особистості і логотерапії В. Франкла. Збірник наукових праць Національної

академії Державної прикордонної служби України. Психологічні науки, 2016. Вип. 3 (5). С. 87–97. URL: <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

8. Карачинський О. А. Технологія психологічного консультування комбатантів за допомогою діалектичних стратегій психологічного впливу. Український психологічний журнал, 2017. Вип. 3 (5). С. 91–100. URL: <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

9. Карачинський О.А. Трансформація смислових структур особистості комбатантів у реабілітаційний період [Текст] : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09 / Карачинський Олексій Аркадійович ; Нац. ун-т оборони України ім. Івана Черняховського. - Київ, 2019. - 225 с. URL: <https://nuou.org.ua/assets/dissertations/diser/diser-karatchynskyi.pdf>

10. Карачинський О.А., Фурса Т.П., Власенко Ю.К., Особливості психотерапії та психологічного консультування в роботі з військовослужбовцями та ветеранами. Науковий журнал з соціології та психології «Габітус», 2024, Вип. 57. С. 262-265. URL: <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

11. Карачинський О.А., Гальцова С.В., Ляска О.П., ПТСР у військовослужбовців: особливості клінічної картини та підходи до лікування. Перспективи та інновації науки, 2024. № 2, Вип. 36. С. 624-638. URL: <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

12. Карачинський О. А., Клименко І. С., Деснова І. С., Роль військової психології у формуванні психологічної готовності військовослужбовців до виконання завдань. Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія», 2024, Том 35 (74) No 2. С. 102-108. URL: <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

13. Karachynskyi, O., Klymenko, I., Tverdokhlib, N., Zlobin, O., Kononenko, O. «PTSD in military personnel: diagnosis, treatment and support». Amazonia Investiga, 2024.13(74), P. 286-298. URL: <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

14. Консультативна психологія : [підручник] / Булах І. С., Кузьменко В. У., Помиткін Е. О. – Вінниця : Нілан, 2014. 484 с. URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/34686/Bihun%20N.%20I.pd?sequence=1&isAllowed=y>
15. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Основи психологічного консультування : навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 360 с. <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/20907/1/opsykons.pdf>
16. Осадько О.Ю. Технології психологічного консультування. К.: Ред. загальнопеда. газ., 2005. 128 с. URL: <https://dspace.onua.edu.ua/server/api/core/bitstreams/9f162824-e747-4ba7-9284-cef5186d833e/content>
17. Основи психотерапії : навч. пос. / М.І. Мушкевич, С.Є. Чагарис. Луцьк / за ред. М.І. Мушкевич, 2017. 420 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/153588416.pdf>
18. Паркулаб О.Г. Основи психологічного консультування: НМК. Івано-Франківськ, 2007. С.32-35. URL: <http://www.d-learn.pu.if.ua>
19. Психологічна деонтологія: етичні кодекси. Хрестоматія / Уклад. В.О. Климчук. Київ, 2004. 88 с. URL: https://chtyvo.org.ua/authors/Klymchuk_Vitalii/Psykholohichna_deontolohiia_etychni_kodeksy/
20. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: навч.-метод. посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ, 2015. С.26-100. URL: http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%86%D0%91%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%BC%2017_03_2015.pdf

21. Фройд З. Вступ до психоаналізу ; [пер. з нім. П. Таращук]. Київ : Основи, 1998. 709 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Freud_Sigmund/Vstup_do_psykhoanalizu.pdf
22. Хомич Г.О., Ткач Р.М. Основи психологічного консультування, Київ, 2004. 152 с. URL: https://lkkeip.at.ua/_ld/1/146_up_31.pdf
23. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: навч. посіб. Київ, 2005. 656 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Tsymbaliuk_Ivan/Psykholohichne_konsultuvannia_ta_korektsiia_Modulno-reitynhovyi_kurs.pdf
24. Цільмак О.М. Професійно–важливі якості особистості психолога. Вісник Одеського юридичного інституту НУВС. Одеса: РВВ ОЮІ НУВС. 2005. No1. С. 159–161. URL: <https://dspace.onua.edu.ua/server/api/core/bitstreams/9f162824-e747-4ba7-9284-cef5186d833e/content>
25. Цільмак О.М., Конуп О.Ф. Пізнання психології особистості та майстерності професійної взаємодії: тренінговий комплекс.: методичний посібник. Одеса: РВВ ОДУВС, 2008. 88 с. URL: <https://dspace.onua.edu.ua/server/api/core/bitstreams/dccc7c34-a82e-45cf-8fb1-3d4e6c6a4c06/content>
26. Цільмак О.М., Лефтеров В.О. Психологія сім'ї та шлюбу: таблиці, схеми, коментарі : навчально-наочний підручник / за заг. ред. О. М. Цільмак. Київ : Видавництво Ліра-К, 2020, 266 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi75/0056154.pdf>
27. Якимчук Б.А., Якимчук І.П. Основи психологічного консультування: курс лекцій. Умань, 2013. С.20-47. URL: <http://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/281/1/konsyltyvania.pdf>
28. Karachynskyi, O., Klymenko, I., Tverdokhlib, N., Zlobin, O., Kononenko, O. «PTSD in military personnel: diagnosis, treatment and support». Amazonia Investiga, 2024.13(74), P. 286-298. URL: <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

Перелік питань на модульну контрольну роботу.

З дисципліни «Введення в психологічне консультування та психотерапію» передбачена навчальним планом Модульна контрольна робота.

Варіант тестового завдання для модульної контрольної роботи

1. Яке поняття в юнгіанському аналізі описує універсальні, первинні образи або символи, які присутні в колективному несвідомому кожної людини?

- А) Тінь.
- Б) Аніма.
- В) Архетипи.
- Г) Супер-Его

2. Який метод у юнгіанському аналізі передбачає посилення та розширення значення символів шляхом залучення міфологічних, культурних та історичних аналогій?

- А) Анімус.
- Б) Ампліфікація.
- В) Анімізація.
- Г) Активна уява.

3. Який із Его-станів у транзактному аналізі Еріка Берна відповідає за об'єктивну оцінку ситуації та прийняття раціональних рішень?

- А) Батько.
- Б) Дорослий.

- В) Дитина.
- Г) Супер-Его.

4. Який метод у транзактному аналізі Еріка Берна використовується для вивчення та розуміння обміну психологічними стимулами між людьми в процесі комунікації?

- А) Транзакції.
- Б) Погладжування.
- В) Аналіз «життєвих сценаріїв».
- Г) Аналіз «ігор».

5. Яке з наведених понять найкраще описує екзистенційну проблему, пов'язану з переживанням свободи?

- А) Страх перед відповідальністю.
- Б) Втрата сенсу.
- В) Соціальна ізоляція.
- Г) Прийняття смерті.

6. Який метод у логотерапії Віктора Франкла спрямований на те, щоб клієнт навмисно прагнув того, чого боїться?

- А) Дереклексія.
- Б) Терапія екзистенційного вакууму.
- В) Парадоксальна інтенція.
- Г) Логодрама.

7. Яка ключова концепція особистісного розвитку в клієнт-центрованій терапії Карла Роджерса?

- А) Колективне несвідоме.
- Б) Самоактуалізація.
- В) Едіповий комплекс.

Г) Психосексуальний розвиток.

8. Який елемент тріади Роджерса описує здатність терапевта щиро висловлювати свої почуття та думки під час роботи з клієнтом?

А) Конгруентність.

Б) Емпатія.

В) Безумовне позитивне ставлення.

Г) Активне слухання.

9. Що є центральною концепцією особистості в дазайн-аналізі Людвіга Бінсвангера?

А) Колективне несвідоме.

Б) Буття у світі.

В) Едипів комплекс.

Г) Архетипи.

10. Який метод використовується в дазайн-аналізі для дослідження сенсу буття?

А) Когнітивно-поведінковий метод.

Б) Терапія мистецтвом.

В) Феноменологічний метод.

Г) Поведінковий аналіз.

11. Який з нижченаведених методів є основою біхевіоральної психотерапії?

А) Трансакційний аналіз.

Б) Психоаналіз.

В) Позитивне та негативне підкріплення.

Г) Гештальт-терапія.

12. Який з наведених аспектів є основою теорії особистості в РЕПТ?

А) Ірраціональні переконання.

Б) Непряме спілкування.

В) Конгруентність.

Г) Трансакційний аналіз.

13. Яка техніка використовується для корекції дисфункціональних переконань у РЕПТ?

А) Паралельне консультування.

Б) АВС-аналіз.

В) Систематична десенсибілізація.

Г) Терапія малювання.

14. Яка техніка використовується для перевірки неадаптивної думки у реальній дії в когнітивній терапії?

А) Метод трьох колонок.

Б) Техніка декатастрофізації.

В) Метод катарсису.

Г) Метод ідентифікації.

15. Яка з наведених потреб є частиною концепції основних потреб у терапії реальністю?

А) Знання.

Б) Приналежність.

В) Досвід.

Г) Творчість.

16. Який з наступних принципів є основою терапії реальністю?

А) Виправдання і покарання.

Б) Фокус на минулому.

В) Ніяких виправдань і ніяких покарань.

Г) Підкорення авторитету.

17. Як визначається проблема в діалектичній біхевіоральній терапії?

А) Як несумісність ідей.

Б) Як зіткнення протилежностей.

В) Як відсутність ресурсів.

Г) Як нерозуміння потреб.

18. Яка з наведених концепцій є основою майндфулнес-терапії?

А) Позитивне мислення.

Б) Усвідомленість

В) Когнітивні викривлення.

Г) Психоаналітичні процеси.

19. Яка техніка використовується в майндфулнес-терапії для зниження стресу?

А) Дихальні вправи.

Б) Медитація усвідомленості.

В) Групова терапія.

Г) Тілесні дослідження.

20. Яка з наступних концепцій є основою теорії особистості у схема-терапії?

А) Психоаналітичні механізми.

Б) Стилi копінгу.

В) Соціальні ролі.

Г) Когнітивні викривлення.

21. Які з наступних технік використовуються в схема-терапії?

- А) Використання метафор і символічних образів.
- Б) Робота зі схемами та дисфункціональними моделями.
- В) Активація «мудрого розуму».
- Г) Стратегії підкріплення.

Орієнтовний перелік питань на залік

1. Чим відрізняються між собою психоаналіз та психоаналітична психотерапія?
2. Перерахуйте основні техніки класичного психоаналізу та поясніть їх значення.
3. Назвіть специфічні риси юнгіанського аналізу.
4. Що таке «ампліфікація» в юнгіанському аналізі та психотерапії в цілому?
5. Перерахуйте основні техніки юнгіанського аналізу та визначте їх мету.
6. Які ви знаєте принципи і техніки адлеріанської психотерапії?
7. Розкрийте зміст концепції позиції дитини в сім'ї та подальший вплив на становлення особистості: позиція старшої дитини, середньої та наймолодшої.
8. Охарактеризуйте основні его-стани у транзактному аналізі за Е. Берном.
9. Опишіть техніки роботи з транзакціями в рамках транзактного аналізу.
10. Які психотерапевтичні підходи відносять до екзистенційно-гуманістичного напрямку?
11. Визначте екзистенційні данності в екзистенційній психотерапії та окресліть стратегії роботи з ними.
12. Охарактеризуйте ключові філософські основи екзистенційної психотерапії.
13. Перерахуйте основні техніки екзистенційної терапії.
14. Розкрийте поняття «сенси життя» у контексті екзистенційної терапії.
15. У чому полягає специфіка логотерапії В. Франкла? Зазначте основні методи логотерапії.
16. Визначте основні екзистенційні вакууми та стратегії роботи з ними у логотерапії.

17. Опишіть техніки логотерапії: парадоксальна інтенція та інші.
18. Перерахуйте необхідні та достатні умови особистісних змін у процесі психотерапії, за К. Роджерсом. Поясніть зміст кожної з цих умов.
19. Дайте характеристику ролі терапевта в клієнт-центрованій терапії.
20. Перерахуйте основні техніки в клієнт-центрованій терапії.
21. Розкажіть про основні принципи та техніки гештальт-терапії.
22. Опишіть концепцію «незавершених гештальтів» та їхню роль у терапевтичній роботі.
23. Охарактеризуйте підхід дазайн-аналізу та його зв'язок з екзистенційною філософією.
24. Визначте ключові поняття дазайн-аналізу, такі як «буття у світі».
25. Перерахуйте методи терапевтичної роботи в дазайн-аналізі.
26. Розкрийте методи і техніки дазайн-аналізу: феноменологічний метод та аналіз досвіду буття та сенсу існування.
27. Визначте основні принципи біхевіоральної терапії за та Дж. Уотсоном.
28. Зазначте методи біхевіоральної психотерапії.
29. Назвіть основні проблеми, що вирішуються за допомогою біхевіоральних технік та наведіть приклади способу рішення таких проблем.
30. Охарактеризуйте основні ідеї РЕТ, зокрема роль ірраціональних переконань.
31. Визначте АВС-модель в раціонально-емотивній терапії.
32. Перерахуйте техніки когнітивної реструктуризації в РЕТ.
33. Назвіть стратегії роботи з емоціями в РЕТ.
34. Розкрийте методи та психотерапевтичні стратегії когнітивної психотерапії А. Бека.
35. Визначте ключові поняття когнітивної терапії, такі як «когнітивні спотворення».
36. Визначте основні ідеї теорії контролю В. Глассера та окресліть специфіку терапії реальністю.

37. Перерахуйте основні стадії терапії реальністю та опишіть їх практичне застосування.
38. Охарактеризуйте основні компоненти діалектичної біхевіоральної терапії (DBT).
39. Перерахуйте ключові техніки роботи з прикордонними розладами особистості в DBT.
40. Визначте роль діалектики, як методології мислення терапевта в ході вирішення психологічних проблем.
41. Що таке Сократичний діалог та як його використовують в психотерапії?
42. Охарактеризуйте основні принципи тілесно-орієнтованої терапії та її роль у роботі з психосоматикою.
43. Перерахуйте основні техніки тілесно-орієнтованої терапії та поясніть, як вони впливають на психіку.
44. Визначте поняття «тілесного блокування» та опишіть його роль у процесі терапії.
45. Назвіть основні напрямки роботи з травмою у тілесно-орієнтованій терапії.
46. Визначте основні принципи mindfulness терапії та їх вплив на психічне здоров'я.
47. Охарактеризуйте поняття «усвідомленості» в mindfulness терапії та поясніть її роль у зниженні тривожності.
48. Перерахуйте техніки mindfulness терапії, спрямовані на роботу з емоціями.
49. Охарактеризуйте ключові поняття схема-терапії, такі як «схеми» та «режими», і їх вплив на поведінку.
50. Визначте основні типи схем і перерахуйте їх роль у формуванні особистісних проблем.
51. Опишіть процес зміни неадаптивних схем в контексті схема-терапії.

52. Визначте основні принципи методу EMDR та поясніть його застосування у терапії.

53. Охарактеризуйте механізм десенсибілізації у контексті EMDR та його вплив на переробку травми.

54. Перерахуйте стадії терапевтичного процесу в EMDR та опишіть кожную з них.

55. Розкрийте розуміння напрямків психотерапії: орієнтація на процес та результат.