

Міністерство охорони здоров'я
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра медичної психології та психіатрії
з курсом післядипломної освіти

Узгоджено
методичною радою дисциплін
Ради
медико-психологічного
Пирогова
спрямування ВНМУ
ім. М.І. Пирогова
«___»_____ 2019 р.
протокол №___

Затверджено
на засіданні Вченої
Ради
ВНМУ ім. М.І.

«___»_____ 2019р.
протокол №___

Методичні матеріали
для підготовки до державного практично-орієнтованого іспиту
з МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
для студентів VI курсу медичного факультету №2
за спеціальністю – 7.12010004
«Медична психологія»

Вінниця – 2019

ПЕРВИННЕ ПСИХОЛОГІЧНЕ ІНТЕРВ'Ю

Задачі первинного інтерв'ю:

1) *Міжособистісна* - встановленні відносин з пацієнтом. Найважливішою умовою виникнення психологічного контакту між пацієнтом і лікарем-психологом є якість присутності, тобто здатність невербального вираження психологом залучення в бесіду. Вимоги до лікаря-психолога: конгруентність, безумовне позитивне ставлення до клієнта, емпатія.

2) *Діагностична задача* - визначення проблем пацієнта і робочих гіпотез про їх природу.

3) *Терапевтична* - створити в консультативній ситуації особливі умови, завдяки яким пацієнт отримує можливість вирішення своїх психологічних проблем.

СТРУКТУРА ПЕРВИННОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ІНТЕРВ'Ю

Клінічне інтерв'ю включає наступні фази:

1. Вступна частина
2. Початок
3. Основна частина
4. Заключна частина
5. Завершення

Вступна частина

Терапевтичні стосунки починаються з першим контактом. Телефонний дзвінок, заповнення паперів, перше враження клієнта від людей, що його зустрічають, - все це може або забезпечити йому відчуття комфорту або стривожити.

Виділяють шість стратегій встановлення контакту з клієнтом:

1. Подолати психологічний дискомфорт (свій та клієнта).
2. Визначити джерело страждань клієнта, продемонструвати своє співчуття.
3. Оцінити розуміння клієнтом своїх проблем, стати його союзником.
4. Показати свою компетентність.
5. Підтвердити авторитет.
6. Збалансувати ролі.

Психолог також може почати встановлення контакту з визнання та відгуку на типові побоювання клієнтів, наприклад таких:

- Чи компетентний цей спеціаліст?
- Чи зможе він мені допомогти?
- Чи зрозуміє він мене та мої проблеми?
- Я схожу з розуму?
- Чи можу я вірити, що ця людина чесна зі мною?
- Прийме психолог мої цінності (або релігійні переконання) або відкине їх?
- Чи буде примушувати мене говорити те, чого я не хочу?
- Чи буде психолог вважати мене поганою людиною?

Інтерв'юери, які успішно допомагають клієнтам подолати психологічний дискомфорт, звичайно привітні, сприйнятливі, гнучкі. Вони відчують дискомфорт клієнтів, сприймаючи характерні сигнали, та поважають індивідуальний стиль взаємодії клієнтів.

Виділяють такі задачі психолога протягом вступної частини клінічного інтерв'ю

| Задачі психолога консультанта | Фактори стосунків |
|---|--|
| 1. Домовитися про зручний обом час зустрічі | Робочій альянс, позитивні стосунки |
| 2. Представитися клієнту | Конгруєнтність, привабливість |
| 3. Вияснити, яку форму звернення застосовувати по відношенню до клієнта | Позитивне відношення, повага |
| 4. Почати «світську» розмову з клієнтом | Емпатія, емоційний контакт |
| 5. Вказати клієнту на місце, де він може сісти, або дати йому можливість вибору | Компетентність, емпатія, емоційний контакт |
| 6. Назвати свій професійний статус | Компетентність |

| | |
|--|--|
| 7. Пояснити клієнту принцип конфіденційності | Довіра, робочий альянс |
| 8. Пояснити цілі клінічного інтерв'ю | Робочий альянс, компетентність |
| 9. Вияснити наскільки очікування клієнта відповідають або ні вашим цілям | Робочий альянс, спільність, повноправність |

Початок клінічного інтерв'ю

Початок – це недирективна частина клінічного інтерв'ю, що продовжується біля п'яти – восьми хвилин. На цьому етапі інтерв'юер використовує базові навички поведінки, уваги, недирективні відгуки вислуховування, щоб допомогти клієнту розкритися. Головна задача психолога – не заважати клієнту розказувати свою історію.

Розмова про причини звернення пацієнта за допомогою починається з *вступного питання*. Найбільш розповсюджена його форма: «Розкажіть, що привело вас на консультацію саме зараз». Таке висловлювання виражає зацікавленість психолога, передає ініціативу клієнту, визнає прихід на консультування за незвичайну ситуацію та допомагає замислитися над вибором моменту для звернення за допомогою.

Деякі очікують авторитарного керівництва з боку психолога, тому не директивні та загальні питання можуть їх збивати з пантелику. Перша реакція пацієнта на вступне питання часто показує як він реагує на неструктуровані ситуації і поза терапією.

Реакція на вступне питання

1. Підготовлені відповіді та розповіді. Перевага такого способу самовираження в тому, що такі клієнти, як правило, вже аналізували свою ситуацію та виток проблем й розуміють чому звернулися за допомогою до спеціаліста. Проте такі відповіді можуть бути вельми стриманими у емоційному виразі, а перебільшена організованість може відображати дискомфорт в неструктурованих ситуаціях.
2. Труднощі при самовираженні. Деякі пацієнти не розуміють про що слід говорити та відчувають дискомфорт від неструктурованих питань. Психологу слід реагувати на таку ситуацією уважною поведінкою, емоційною підтримкою у вигляді зауваження труднощі задачі. Якщо це не допомагає клієнту, надається додаткова структура у вигляді надання теми або додаткових питань.
3. Незвичні реакції та відповіді, що свідчать про необхідність уважної діагностики психічного стану клієнта.

При оцінці розповіді клієнта також корисно визначити домінуючий локус контролю: екстернальний або інтернальний.

Задачі консультанта на початковому етапі інтерв'ю

| Задачі інтерв'юера | Технічний прийом |
|--|------------------------------------|
| 1. Продовжувати роботу над встановленням емоційного контакту | Недирективне вислуховування |
| 2. Зосередитися на сприйнятті клієнтом своїх проблем | Відкриті питання, м'яке спонукання |

| | |
|--|--|
| 3. Забезпечити підтримку та структуру, якщо необхідно | Відображення почуттів, роз'яснення цілі початкової стадії клінічного інтерв'ю, звуження початкового відкритого питання |
| 4. Допомогти клієнту прийняти інтернальний, а не екстернальний локус контролю, якщо є потреба | Недирективне вислуховування, м'яка конфронтація |
| 5. Оцінити перебіг клінічного інтерв'ю та продумати найбільш ефективні підходи для його основної частини | Перефразування, узагальнення, введення в роль |

Основна частина психологічного інтерв'ю

Протягом основної частини психолог збирає інформацію щоб прийти до певних умовиводів відносно пацієнта. В залежності від цілі клінічного інтерв'ю ці умовиводи можуть визначати:

- Твердження про особистісний стиль та функціонування клієнта.
- Рекомендації відносно необхідності психотерапії (або відсутності такої необхідності).
- Рекомендації відносно найбільш прийняттого психокорекційного/психотерапевтичного підходу.
- Твердження відносно діагнозу клієнта, діагностичні враження психолога.
- Оцінку когнітивного/інтелектуального функціонування клієнта.
- Твердження відносно здатності до навчання, установок та їх адекватності.
- Твердження відносно можливостей субстанціональної залежності, минулої протиправної діяльності, а також минулого досвіду роботи, навчання, стосунків з оточуючими.

Поведінка, яка демонструється або переживається клієнтом має оцінюватися в тому числі за:

- Статистичною частотністю, тобто типовістю для соціальної групи клієнта.
- Можливою шкодою для себе та оточуючих.
- Неадаптивністю (якщо заважає ефективному професійному, соціальному, фізичному функціонуванню).
- Раціональною чи культуральною спричиненістю.

Задачі інтерв'юера в основній частині клінічного інтерв'ю

| Задачі інтерв'юера | Методи виконання задачі |
|---|--|
| 1. Перейти від не директивного вислуховування до більш директивного | Введення в роль, при необхідності – обґрунтування зміни в стилі клінічного інтерв'ю |
| 2. Збирати інформацію | Відкриті та закриті запитання |
| 3. Отримати діагностичну інформацію | Використання діагностичних критеріїв, МКХ 10 |
| 4. Перейти від збору інформації до підготовку до завершення клінічного інтерв'ю | Попередження, що час збігає, пояснення та вияснення необхідності підсумувати основні питання |

Заключна частина інтерв'ю

| Задачі інтерв'юера | Методи виконання задачі |
|--|--|
| 1. Підтримка клієнта | Відображення почуттів, валідація почуттів, відкрите схвалення зусиль клієнта виразити свої думки та почуття |
| 2. Підсумувати найбільш важливі питання та теми | Узагальнення, використання інтерпретацій для визначення розсудливості клієнта та здатності інтегрувати теми та проблемні питання |
| 3. Дати клієнту надію | Переконавання, пояснення процесу консультування та його користі |
| 4. Здійснювати керівництво клієнтом та наділити його рівними правами | Чи є у клієнта питання до консультанта. Пропозиція виказати свої коментарі. |
| 5. Залагодити формальності | Прояснити характер подальшого контакту, якщо такий буде, призначити наступну зустріч |

Завершення клінічного інтерв'ю

| Задачі інтерв'юера | Методи, що використовуються |
|--|--|
| 1. Слідкувати за часом | Зручне розташування годинника. Пояснити клієнту, що час майже збіг. |
| 2. Спостерігати за значимою поведінкою та словами клієнта по завершенні інтерв'ю | Перефразування. Відображення почуттів |
| 3. Направляти або контролювати завершення інтерв'ю | Використання стандартної процедури завершення. Доброзичливо та м'яко повідомити клієнту про завершення інтерв'ю. Обговорити часові обмеження з клієнтом. |
| 4. Завершити зустріч | Інтерв'юеру – оцінити власну реакцію на завершення зустрічі. Не затягувати клінічне інтерв'ю. |

Діагностика в первинному інтерв'ю

Цілі діагностики:

1. Планування терапії
2. Прогноз
3. Захист інтересів пацієнтів
4. Допомога у встановленні емпатії

5. Попередження ухилення від лікування
6. Зниження імовірності професійного вигорання психолога

Джерела інформації в первинному інтерв'ю

Згідно багатьох спостережень, інформація надходить з трьох різних джерел:

1. Об'єктивна інформація - факти біографії, певні патерни поведінки або особистісні риси та властивості, які є доступні перевірці.
2. Суб'єктивна інформація – переживання пацієнта, його умовиводи з приводу власних симптомів, тощо.
3. Сценічна інформація – особливості взаємодії лікаря-психолога та пацієнта в ситуації інтерв'ю.

Фактори, що перешкоджають проведенню первинного інтерв'ю

- а) прагнення обов'язково “розговорити” пацієнта;
- б) не роз'яснення рамкових умов або недотримання їх;
- в) надто складні висловлювання (напр.: професійна термінологія, надмірне абстрагування);
- г) сугестивні питання, риторичні питання, поради;
- д) раптове переривання пацієнта, ігнорування його запитань і, особливо, негативних переносів;
- е) уникання розмов про почуття, раціоналізування;
- є) намагання применшувати проблеми, вмовляти, розраджувати пацієнта;
- ж) проявляти особисту зацікавленість, підтакувати та потурати;
- з) моралізація, догматизація, дебатування;
- і) повчання, іронізування, проявляння зверхності;
- и) надто однобічне ідентифікування себе (з певною точкою зору, теорією);
- к) проектувати власний досвід, думки і почуття або сприймати будь-що не як прояв переносу, а як дещо особисте;
- л) давати надто покvapливі інтерпретації.

СХЕМА ПЕРВИННОГО ІНТЕРВ'Ю

Дата проведення інтерв'ю _____

1. Демографічні відомості

- 1) Прізвище, ім'я, по-батькові
- 2) Дата народження
- 3) Стать
- 4) Етнічна та расова приналежність
- 5) Релігійна спрямованість
- 6) Сімейний статус
- 7) Рівень освіти
- 8) Робота
- 9) Досвід попередніх психологічних консультацій та психотерапій

- 10) Хто направив на інтерв'ю, причини
- 11) Інші (окрім клієнта) джерела інформації

2. Поточні проблеми

- 1) Скарги клієнта, головні труднощі з його слів
- 2) Історія даних проблем, зв'язок зі стресовими факторами
- 3) Лікування, яке застосовувалось
- 4) Чому звернувся за допомогою саме зараз

3. Поведінкові спостереження

- 1) Положення тіла, вираз обличчя, візуальний контакт, голос, особливості вимови, охайність, ін.
- 2) Зміни під час інтерв'ю

4. Особиста історія

- 1) Місце народження, взросління
- 2) Кількість дітей в сім'ї, місце пацієнта серед них
- 3) Головні переїзди
- 4) Дані про батьків та сиблінгів: об'єктивні (чи живі, причини та час смерті, вік, здоров'я, професія), суб'єктивні (особистість, природа відносин з клієнтом)
- 5) Психологічні проблеми в сім'ї (діагностований психічний розлад, алкоголізм, насилля, конфлікти, ін.).

5. Раннє дитинство

- 1) Чи був пацієнт бажаною дитиною
- 2) Умови в сім'ї після народження
- 3) Дещо незвичне в критичні періоди розвитку
- 4) Певні ранні проблеми (їжа, туалет, мова, рухова активність, ніктурія, нічні страхи, обгризання нігтів, тощо)
- 5) Ранні спогади
- 6) Сімейні історії, жарти на адресу клієнта

6. Латентний період

- 1) Проблеми сепарації
- 2) Соціальні проблеми
- 3) Проблеми з навчанням, в поведінці
- 4) Жорстокість до тварин
- 5) Хвороби

- 6) Переїзди, сімейні стреси
- 7) Сексуальний або фізичний аб'юз

7. Підлітковий період

- 1) Вік статевого дозрівання, фізичні проблеми статевого дозрівання
- 2) Сімейна підготовка до сексуальності
- 3) Перший сексуальний досвід, фантазії, мастурбації, сумніви в сексуальній орієнтації, ін.
- 4) Шкільний досвід, успішність, соціалізація
- 5) Самодеструктивні патерни (порушення харчування, використання препаратів, наркотиків, вживання алкоголю, екстремальна поведінка, суїцидальні імпульси, антисоціальні патерни)
- 6) Хвороби
- 7) Втрати
- 8) Переїзди, сімейні стреси в цей час

8. Доросле життя

- 1) Історія роботи
- 2) Історія відносин
- 3) Поточні інтимні стосунки
- 4) Відношення до дітей
- 5) Хобі, таланти
- 6) Задоволення досягненнями, життям
- 7) Психічні та соматичні проблеми, захворювання, лікування
- 8) Проблеми з законом

9. Поточний психічний статус

- 1) Контакт з пацієнтом, який встановлюється
- 2) Загальне враження, яке справляє, які відчуття викликає
- 3) Стан афектів, настроїв
- 4) Мовні особливості та реакції на запитання
- 5) Наявність тестування реальності, розлади сприймання, маячні ідеї, тощо
- 6) Рівень інтелекту
- 7) Особливості пам'яті
- 8) Зміст думок (напр. нав'язливі, суїцидальні, ін.)

- 9) Оцінка надійності інформації
- 10) Дослідження можливостей подальшого розвитку проблем (наприклад при депресії – суїциду)
- 11) Сновидіння, які, чи запам'ятовуються, чи повторюються, ін.
- 12) Використання психотропних речовин, алкоголю, наркотиків

10. Описати розвиток стосунку клієнт – психолог

Важливі моменти інтерв'ю, зміни в комунікації, пробні інтервенції, інтерпретації, реакція

11. Висновки

- 1) Діагностичні враження (конфлікти, захисти, розлади стосунків, цілісність картини власного Я, ідентичність, самооцінка, характеристика структури особистості, патологія особистості, психіатричний діагноз при необхідності та можливості встановлення)
- 2) Рекомендації щодо подальшого консультування, психотерапії, допомоги інших спеціалістів (психіатра, невролога, соціального працівника, інших), обґрунтування.

ТЕХНІКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

НАВИЧКИ УВАЖНОЇ ПОВЕДІНКИ

Існують різні моделі позитивної та негативної поведінки уваги.

Моделі позитивної поведінки уваги полегшують комунікацію та сприяють свободі самовираження. Моделі негативної поведінки уваги пригнічують самовираження клієнта.

Існує чотири виміри поведінки уваги:

- Візуальний контакт
- Мова тіла
- Голосові характеристики
- Відслідковування вербального потоку клієнта

Візуальний контакт

В різних культурах уявлення про адекватний візуальний контакт коливається в значних межах. Існують й індивідуальні відмінності в моделях візуального контакту. Для деяких психологів природно утримувати візуальний контакт з клієнтом протягом всього інтерв'ю. Для інших це складніше, вони можуть час від часу відводити в сторону чи опускати очі, відчуваючи зняковіння від пильного погляду. Те саме відноситься й до клієнтів: хтось надає перевагу більш інтенсивному та прямому візуальному контакту, дехто радше буде дивитися на підлогу, стелю, аби не в очі психолога.

Мова тіла

Аспект комунікації, що називають мовою тіла, позначають термінами кінетика та проксемика. *Кінетика* - це характеристики, пов'язані з положенням (позою) та рухами (жестами) будь-якої частини тіла – очей, лица, голови, рук, ніг, плечей. Проксемика відноситься до особистого простору та змін оточуючого середовища, таких як міжособистісна дистанція та наявність або відсутність між людьми будь-яких фізичних об'єктів. Прості та іноді майже непомітні жести можуть повідомити дуже багато.

Позитивна мова тіла клініциста включає моделі, наведені нижче. На практиці ви помітите як індивідуальні, так і культурні варіації таких моделей поведінки.

- Невеликий нахил тіла в сторону клієнта.
- Ненапружена, але уважна поза.
- Положення ніг, яке не кидається в очі.
- Ненав'язливі, плавні жести.
- Мінімізація інших жестів.
- Вираз обличчя відповідає вашим почуттям або почуттям клієнта.
- Розташування на відстані витягнутої руки від клієнта.
- Розташування меблів сприяє зближенню психолога та клієнта, а не роз'єднує їх.

Віддзеркалення, як один з аспектів мови жестів, має на увазі синхронність або підлаштованість мови, жестикуляції та поз консультанта та клієнта. При віддзеркаленні психолог «налаштований» на клієнта, він повторює його пози, жести, характерні висловлювання та інтонації. Віддзеркалення є складною невербальною технікою, яка при невірному використанні може звести нанівець всю роботу психолога в консультуванні.

Звичайно віддзеркалення являє собою скоріше наслідок взаєморозуміння та ефективної комунікації, ніж їх причину.

Голосові характеристики

Паралінгвістичні параметри включають гучність, висоту, темп мови. Міжособистісний вплив часто обумовлений не стільки тим, що ми говоримо, ніж тим, як ми говоримо. Компетентні клініцисти використовують свої голосові характеристики для того, щоб укріпити емоційний контакт, зацікавленість у спілкуванні та емпатію, щоб певним чином розставити акценти бесіди. В більшості ситуацій психологу слід говорити негучно, але в той же час твердо, його голос має виражати одночасно увагу й внутрішню силу. Як й у

випадку мови тіла, часто доречно підлаштовувати гучність та тон голосу під клієнта. Ч.Мейер та С.Девіс називають таку практику «слідуванням за темпом клієнта».

З іншого боку, психолог може використовувати тональність та швидкість своєї мови, рівно як і підкреслюючи вигуки, для того, щоб підкреслити той чи інший момент в розповіді клієнта або підвести його до певної емоції. Так, тихий та м'який голос допоможе клієнту звернути більшу увагу на почуття, а більш гучний та швидкий, ніж звичайно, допоможе переконати клієнта в своїй компетентності та викликати довіру.

Хоча люди й сприймають емоції всіма органами чуття, результати деяких досліджень доводять, що слух забезпечує більш точне розрізнення емоцій, ніж зір. Це підкреслює важливість голосових характеристик у вираженні та сприйнятті емоцій.

Відслідковування вербального потоку клієнта

Хоча візуальний контакт, мова тіла та голосові характеристики є дуже важливими, потрібно уважно стежити за тим, що саме говорить клієнт. Часто клієнти не впевнені в тому, що ви їх дійсно слухаєте. Психологи демонструють здатність слідувати за змістом мови клієнта, час від часу повторюючи ключові слова та фрази. Відстежування вербального потоку має на увазі виключно повторення або підведення підсумків того, що говорить клієнт. Сюди не відноситься вираз особистої або професійної думки консультанта.

Проте іноді в теорії це виглядає значно простіше, ніж на практиці. Іноді клієнти так часто змінюють теми розмови, що буває важко встигнути за їх думкою. Або психолог може поринути у свої думки, коли звучить важлива для нього тема. Щоб відслідковувати вербальний потік клієнта було можливо, необхідно звести до мінімуму свої власні внутрішні та зовнішні реакції, в фокусі вашої уваги має лишитися клієнт, а не ви самі.

Негативна поведінка уваги

Моделі позитивної поведінки уваги при зловживанні ними можуть бути неприємними для клієнта. Так вельми підвищена увага може привести клієнта до розгубленості. Міри треба дотримуватись при використанні, наприклад, наступних моделей поведінки:

- Кивання головою. Занадто часті кивки можуть викликати у клієнта роздратування.
- Вигуки по типу: «Ага», «Угу».
- Візуальний контакт. Занадто пильний погляд викликає у багатьох людей почуття нязквітності та може бути розтлумачений як загроза.
- Повторення останнього слова клієнта.
- Віддзеркалення.

Крім того негативно можуть сприйматися наступні моделі поведінки психолога:

- Рідкий візуальний контакт
- Поворот на 45 градусів або більше від клієнта
- Торс відхилений назад
- Нога закинута на ногу, ноги в сторону клієнта
- Рука складені на грудній клітині

НАВИЧКИ АКТИВНОГО СЛУХАННЯ

За класифікацією Ф.Робінсона, відгуки психолога консультанта можна поділити на наступні категорії:

1. Недирективні навички вислуховування (напр.. мовчання)
2. Директивні навички вислуховування (напр.. інтерпретація)

3. Директивні відгуки-дії (напр.. порада)

Недирективні навички вислуховування

Недирективні навички вислуховування мають на меті допомогти клієнтам вільно та відкрито говорити про те, що їх хвилює. Ці техніки, подібно моделям поведінки уваги, не призначені для керування або направлення клієнтів. Вони допомагають відслідкувати головні повідомлення клієнтів шляхом зворотного відображення сказаного ними. Проте навіть недирективні відгуки можуть вплинути на вибір клієнтом тих чи інших тем. Психолог може несвідомо або ціле направлено звертати більше уваги на клієнта саме тоді коли той говорить про певну тему. Крім того серед різноманіття інформації потрібно вибрати певні напрямки реагування.

Мовчання

В певному сенсі мовчання можна визначити як найнедирективніший серед усіх навичок вислуховування. Воно може бути вельми ефективним при вірному використанні. Мовчання сприяє появі вільних асоціацій.

Рекомендується використовувати мовчання наступним чином:

- Коли пацієнт робить паузу після свого повідомлення або вашого перефразування краще почекати декілька секунд і не підштовхувати його до продовження розмови. Пацієнти можуть без зайвого керівництва заговорити про значимі речі.
- Коли ви очікуєте продовження монологу, сприймайте це як час який допомагає клієнту виразити себе, а не вам, щоб виразити свою професійність.
- Намагайтеся не використовувати мовчання шаблонно. Іноді потрібно почекати, коли клієнт заговорить, а іноді заговорити самому.
- Уникайте мовчання, якщо вам здається, що клієнт сильно стривожений, переживає гостру емоційну кризу або знаходиться в психотичному стані. Мовчання та тривога, яку воно породжує призводять до загострення такого стану.
- Якщо під час паузи ви відчуваєте психологічний дискомфорт, спробуйте розслабитися. Використовуйте навички поведінки уваги, щоб показати клієнту, що ви готові його вислухати.
- Якщо мовчання викликає дискомфорт у клієнта можете запропонувати йому розказати про свої вільні асоціації («Просто кажіть те, що приходить в голову»), або використати емпатичне відображення.
- Під час паузи не забувайте про різницю між холодним та теплим мовчанням, які відрізняються в тому числі і мовою тіла.

Перефразування

Перефразування, або відображення змісту, відноситься до навичок відстежування вербального потоку клієнта. Його головна ціль – повідомити клієнту, що ви вірно зрозуміли головний зміст його повідомлення. Перефразування допомагає клієнту зрозуміти, як його сприймають оточуючі, почути сказане ним самим.

Перефразування на сенсорній основі

Використовує вислови, що відповідають провідній репрезентативній системі клієнта (зоровій, слуховій, кінестетичній). Підвищує взаєморозуміння та емпатію між психологом та клієнтом.

Наприклад:

Клієнт: - Чого я чекаю від психотерапії, так це кращого розуміння себе. Психотерапія для мене як дзеркало, в якому я бачу свої сильні та слабкі сторони більш ясно.

Психолог: - Отже, Ви прийшли щоб краще себе роздивитись і вважаєте, що психотерапія в цьому допоможе.

Прояснення

Це зміна форми або способу вираження сказаного клієнтом, слідом за чим задається питання (наприклад: «я вас вірно зрозумів?») або «що ви маєте на увазі?»). Має на меті уточнити неясні висловлювання пацієнта та підтверджує правильне розуміння його психологом.

Відображення почуттів

Психолог переказує або перефразовує описання клієнтом його емоцій. Використання відображення почуттів збагачує емпатичний досвід клієнта та стимулює подальше вираження емоцій.

Узагальнення

Містить короткий огляд тем, що були озвучені в ході консультації. Сприяє запам'ятовуванню змісту бесіди та встановлює зв'язки між окремими темами, що згадувались в ході консультації.

ДИРЕКТИВНІ НАВИЧКИ ВИСЛУХОВУВАННЯ

Директивні навички вислуховування ставлять психолога в положення диригента або експерта. Адекватне використання цих методів потребує міжособистісної та професійної чуткості. Ці навички можна поділити на дві групи: клієнт-центровані та терапевт-центровані. Не залежно від орієнтації вони застосовуються для зосередження на певній темі або аспекті оцінки.

Валідизація почуттів

Ціллю валідизації почуттів є допомогти клієнту прийняти свої емоції як природній, нормальний аспект людської природи. Валідизація почуттів підтримує «Я» клієнта – він відчуває підтримку, заохочення з боку психолога може покращити самооцінку клієнта. Іноді за допомогою валідизації почуттів психолог повідомляє клієнту, що він має відчувати в тій чи іншій ситуації. Стверджуючі що певні почуття в певній ситуації повністю природні (наприклад сум при втраті близької людини), психолог бере на себе роль експерта, оцінюючи адекватність емоцій та поведінки клієнта (директивна техніка класу терапевт-центрованих). Іноді клієнти приходять на консультацію в основному для того щоб пересвідчитися в своїй психічній нормальності.

Ще один варіант валідизації почуттів клієнта, що є у психолога – це відкриття власних емоцій, тривог, переживань.

Можливі результати валідизації почуттів:

- Покращення взаєморозуміння
- Зниження або підвищення схильності клієнта до аналізу проблеми або почуттів
- Зниження тривожності клієнта, принаймні тимчасово
- Підвищення самооцінки клієнта або відчуття власної повноцінності, можливо тимчасово
- Підвищена вірогідність психологічної залежності клієнта від психолога
- Формування у клієнта некритичного ставлення до важливих питань.

Інтерпретативне відображення почуттів

Має на меті виявити приховані почуття клієнта. Інтерпретативне відображення почуттів ще називають «продвинутою емпатією». Базова емпатія (недирективне відображення почуттів) стосується емоцій, що мають чіткий прояв у контакті психолога та

клієнта і переважно усвідомлюються клієнтом, в той час як продвинута (інтерпретативна) емпатія направлена на почуття та значення, що приховані, безпосередньо не доступні для клієнта.

Інтерпретація

Інтерпретація передбачає ознайомлення клієнта з гіпотезами про внутрішні зв'язки або сенси схем його поведінки в міжособистісних відносинах, та здійснюється для подальшого обмірковування клієнтом.

Класифікація інтерпретацій з формою асоціацій

1. За подібністю .

Консультант може об'єднувати дві ідеї з схожим змістом приблизно так: «Те, що ви зараз говорите про свою дружину, виглядає дуже тісно пов'язаним з тими почуттями по відношенню до вашої матері, які ви виражали кілька тижнів тому. Ви згодні, що це вірно?».

2. За контрастом

Консультант може виявляти асоціацію між двома несхожими речами. Приклад такої форми: «Зі сказаного вами я зрозумів, що ваші почуття по відношенню до батька майже повністю протилежні вашим почуттям по відношенню до матері».

3. За суміжністю

Консультант може виявляти асоціації між речами, суміжними в часі або просторі. Наприклад: «Схоже, це відчуття напруженості з'являється у вас всякий раз, коли ви входите в біологічну лабораторію».

4. За віддаленості

Консультант може виявляти асоціації між ідеями чи почуттями, розділеними в часі або просторі. Наприклад: «Здається, по відношенню до цієї людини ви відчуваєте багато з тих почуттів, які декілька років тому відчували в подібних обставинах по відношенню до своєї матері».

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ

- 1. Відбір матеріалу для інтерпретацій.** Зміст інтерпретацій визначається конкретною стадією консультаційного процесу . На перших сеансах може виявитися необхідним, щоб консультант інтерпретував психологічні установки клієнта по відношенню до консультацій взагалі, а також значення його опору. Спочатку інтерпретації загальні та гіпотетичні, а головне їх призначення зводиться до роз'яснення клієнту суті процесу і до розкриттю нових горизонтів для мислення клієнта. Пізніше інтерпретації приймають вид роз'яснень того, як формуються і працюють захисні механізми, пов'язані з неусвідомленими спонуканнями клієнта. На цій, середній, стадії процесу консультант надає своїм інтерпретаціям велику конкретність. У кінці фази «проробки» він дає інтерпретації більш загальні і кілька невизначені, щоб спонукати клієнта самостійно зайнятися інтерпретаціями. Крім того, консультант має на меті зняти наявні питання, а не піднімати нові проблеми. Отже, інтерпретації до кінця процесу з'являються рідше і стають за своїм характером більш загальними.
- 2. Вибір моменту для інтерпретацій.** Найкращі, можливо, важливі міркування при застосуванні методу інтерпретацій пов'язані з питаннями часу. У загальному випадку інтерпретації пропонуються досить обережно і не раніше, ніж консультант буде впевнений, що клієнт готовий їх прийняти. Фрейд багато разів підкреслював, що інтерпретації слід пропонувати тільки тоді, коли клієнт вже майже здатний сформулювати їх сам. Консультанту розумніше висувати власні інтерпретації або заохочувати до них клієнта лише після того, як він досягне деякої обізнаності про предметної області передбачуваної інтерпретації. Іншими словами, інтерпретації в

більшості випадків не слід давати «наосліп». Консультант не повинен висувати інтерпретації, якщо не має розгорнутого уявлення про проблеми та особистість клієнта. Консультант повинен відчувати, коли у клієнта буде достатньо сили «єго» , щоб сприйняти і конструктивно засвоїти нові ідеї. Чим ширше кругозір консультанта, і чим краще його знайомство з психопатологією та психодинамікою людини , чим краще він знає і розуміє свого клієнта, тим краще він підготовлений до того, що б застосовувати інтерпретаційні методи своєчасно .

3. *У інтерпретації має бути достатньо підтверджень.* Зазвичай буває недоцільно пропонувати інтерпретацію раніше, ніж стане очевидною певна тенденція в судженнях клієнта. Повинні мати місце кілька висловлювань, які підтверджують гіпотезу, що лежить в основі інтерпретації. Наприклад: «Ви до теперішнього часу висловили кілька положень, які мають на увазі, що ви намагаєтеся щось довести. Чи не може бути так, що ... ».
4. *Глибина інтерпретації повинна бути відповідною.* Під глибиною розуміється ступінь співвіднесення інтерпретації з передісторією клієнта або ступінь розкриття глибокого несвідомого матеріалу.
5. *У міру можливості слід конкретно вказати на прояв інтерпретованої тенденції в поведінці.*
6. *Слід оцінювати інтенсивність інтерпретованої тенденції.*
7. *Інтерпретованій тенденції має бути відведено конкретне місце відповідно з особливостями особистості.*
8. *Слід розрізняти адаптивні і патологічні аспекти інтерпретованої тенденції.*
9. *Формулювання інтерпретацій.* Передбачається, що консультант повинен підбирати для формулювань «м'які» вислови, що виражають гіпотетичність, а не впевненість, наприклад: можливо; чи не думаєте ви, може бути; ви вважаєте; чи не погодитеся ви; чи не можна сказати, що ... Такі ретельно підібрані слова здатні мінімізувати опір. Кращі інтерпретації формулюються на основі власних висловів та термінів клієнта. Консультанту не обов'язково в точності повторювати слова клієнта, проте він повинен притримуватися такого ж загального стилю і концептуального рівня.

Реакції клієнта на інтерпретації

Реакції клієнта на інтерпретації та оцінки цих реакцій можна розділити на кілька видів:

1. Визнання .
2. Індиферентність .
3. Заперечення .
4. Гарячий протест.

Конфронтація

Конфронтація визначається як вказівка на протиріччя у відносинах, думках, вчинках. При конфронтації особистість ставиться перед фактом, що вона говорить не те, що думає і робить не те, що говорить. Конфронтація не означає, що клієнту говорять, що він поганий або вказують на його помилки. Для психолога основним є перше значення терміна, друге - поняття деструктивне .Важливим для розуміння конфронтації є поняття "неузгодженості" і " інконгруентності" . Клієнт дає подвійні повідомлення в процесі інтерв'ю. Клієнтка може сказати: "Я справді люблю свого чоловіка , але ... " , або "Я люблю свою роботу , але мені не хочеться сильно викладатися. У кожному з цих речень клієнт дає два посили в одному реченні або фразі, демонструючи змішані почуття і думки. Коли

психолог вкаже клієнтові на ці подвійні повідомлення він тим самим поставить клієнта перед лицем фактів.

ДИРЕКТИВНІ ТЕХНІКИ

Застосування питань у психологічному консультуванні

Питання є гнучким та різноплановим інструментом у консультуванні. Вони можуть використовуватись для отримання інформації, для того, що розговорити клієнта, обмежити його самовираження, покращити емоційний контакт, можуть продемонструвати зацікавленість, або байдужість психолога.

Питання по своїй природі директивні, та в будь якому контексті надають контролю над бесідою тому, хто питає.

Питання можна поділити на:

- Відкриті
- Закриті
- Спонукаючі
- Непрямі
- Проективні

Відкриті питання спонукають до вербальної активності.

Закриті – обмежують словесне вираження клієнта та можуть виконувати функцію зниження та контролю вербальної активності клієнта, частіше застосовуються наприкінці інтерв'ю.

| Методика | Опис | Функції в процесі бесіди |
|------------------|---|--|
| Відкриті питання | "Що?" - Виявляє факти, "як?" - Почуття, "чому?" - Причини, "чи можна?" - Загальну картину | Запитання використовуються для з'ясування основних фактів і полегшують розмову |
| Закриті питання | Зазвичай включають в себе частку "чи", на них можна відповісти дуже коротко | Закриті питання дають можливість дізнатися особливі факти, скорочують занадто довгі монологи |

| Слова, з яких починається питання | Вид питання | Типова відповідь клієнта |
|-----------------------------------|----------------------|--|
| Що? | Відкритий | Інформація констатуючого характеру про певні факти |
| Як? | Відкритий | Інформація про процеси, послідовність дій, подій |
| Чому? Навіщо? | Частково відкритий | Пояснення, захисна реакція, виправдання, вербальна агресія |
| Де? | Мінімально відкритий | Інформація про певне місце |
| Коли? | Мінімально відкритий | Інформація про певний час |
| Хто? | Мінімально відкритий | Інформація про певну людину |

| | | |
|---|-------------|--|
| Чи були ви...? Чи ви брали участь..? Чи ви вважаєте...? | Закритий | Чітко виражена згода або незгода з твердженням психолога |
| Не могли б ви..? Не хотіли б ви...? | Спонукаючий | Різна інформація, іноді не по основній темі |
| Цікаво..? Мабуть ви...? | Непрямий | Самоаналіз думок та почуттів |
| Що...якщо би?... | Проективний | Інформація, що виявляє переконання та цінності |

Основні принципи використання запитань

1. Підготовка клієнта до питань
2. Не слід використовувати питання як головний відгук слухання чи дії
3. Питання мають співвідноситися з проблемами клієнта
4. Застосовуйте питання для виявлення специфічних, конкретних прикладів поведінки клієнта
5. Обережність при обговоренні делікатних тем

Активні директивні техніки

Директивні відгуки спонукають клієнта змінювати спосіб мислення та образ дії. Вони представляють собою техніки переконання, що приводять до певних змін. Такі директивні методи використовуються коли професійна думка психолога та турбота про благополуччя клієнта обумовлюють необхідність змін в його поведінці та переконаннях. Активні директивні техніки мають застосовуватись лише у разі чіткого діагностичного обґрунтування.

Директивні техніки наведені у відповідності до ступеню збільшення інтенсивності.

| Директивна техніка | Опис | Основне призначення та вплив |
|-----------------------|---|--|
| Пояснення | Твердження, що надає фактичну інформацію, частіше про процес консультування, проблему клієнта, терапевтичні стратегії | Коректує невірні уявлення клієнта. Допомогає клієнту дістати максимальну користь від процесу психологічного консультування |
| Навіювання (сугестія) | Твердження консультанта, що відкрито чи опосередковано говорить про певне явище в житті клієнта або передбачає його | Може допомогти клієнту свідомо або несвідомо наблизитися до певної моделі поведінки, думки або почуття |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| Порада | Рекомендація, яку психолог надає пацієнту; вказівка діяти, думати, почувати певним чином | Забезпечує клієнта інформацією стосовно нового способу дій, думання, почування. Зарання порада неефективна та може підірвати авторитет психолога |
| Погодження/ непогодження | Твердження, що виражає спільність або відмінність думки | Погодження може підбадьорити клієнта, посилити взаємопорозуміння або привести до того, що клієнт перестане аналізувати свої думки та почуття. Непогодження може викликати конфлікт, ворожість |
| Спонування | Використання тиску або на полеглі прохання до клієнта здійснити певні дії або обміркувати певні проблеми | Може привести до бажаних змін або дати зворотній ефект та викликати опір клієнта. Деякі клієнти можуть сприйняти спонування як прояв агресії з боку психолога |
| Схвалення/ несхвалення | Позитивне або негативне судження про думки, почуття, поведінку клієнта | Схвалення може покращити взаєморозуміння, а також викликати у клієнта залежність. Негативна оцінка може знизити порозуміння та викликати у клієнта почуття відкинутості |

РІВНІ СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

| №п/п | Характеристика | Невротичний рівень | Межовий рівень | Психотичний рівень |
|---|--|---|--|--|
| <p>1. Когнітивні здібності: сприйняття себе та об'єкту Здатність формувати зв'язаний образ власного «Я», розуміти власні емоції, розуміти «хто я є»; здатність формувати реалістичні образи інших людей, розрізняти свої думки, імпульси та потреби від думок, імпульсів та потреб інших; та сприймати інших цілісно.</p> | | | | |
| 1.1 | <i>Сприйняття себе</i> Саморефлексія | Розуміє та може багатогранно описати себе та свій внутрішній світ | Не схильний до роздумів про себе. Описує себе однослівно, через дії, можливо протирічливо | Описання себе нереалістичне, незрозуміле, дивне |
| 1.2 | Розуміння емоцій | Емоції розуміються диференційовано. Більше позитивних афектів, негативні афекти мінливі | Емоції недостатньо розуміються, слабо диференційовані, можуть уникатися. Переважають негативні. | Присутні інтенсивні аморфні емоційні стани, які не можна назвати. |
| 1.3 | Ідентичність | Постійне та послідовне уявлення про себе, відчуття безперервності свого Я в часі | Образ себе залежить від ситуації та настрою, дифузна ідентичність. Відчуття власного «Я» наповнене протиріччями і непевністю | Викривлений, часом маячний образ себе. Описи-кліше. Вони не повністю впевнені в особистому існуванні |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 1.4 | Сприйняття об'єкту(інших) Диференціація себе від інших людей | Розрізняє свої думки, імпульси та потреби від думок, імпульсів та потреб інших | Сприйняття іншого як окремого утруднене. Іншим приписуються афекти, непереносимі для Я | Сплутаність Я та об'єкту. Внутрішня та зовнішня реальність перемішані. |
| 1.5 | Цілісність сприйняття інших | Інші відчуються як люди зі своїми власними інтересами, потребами, правами, історією; описання живе та багатогранне. | Інші відчуються як добрі або погані. Протириччя не інтегруються. | Інші люди відчуються як переважно агресивні, переслідуючі. погрожуючі. Окремі особливості представляють цілий об'єкт. |
| 1.6 | Реалістичність сприйняття інших | Здатний формувати реалістичний образ іншої людини | Образ іншого визначається власними потребами та страхами пацієнта. | Внутрішня та зовнішня дійсність інших не зрозуміла пацієнту. |
| <p>2. Здатність до регуляції: саморегуляції та стосунків з іншими Це здатність контролювати власні імпульси, афекти, самооцінку, здатність передбачати реакцію інших та регулювати стосунки</p> | | | | |
| 2.1 | Саморегуляція Контроль імпульсів | Імпульси можуть бути відкладені та задоволені альтернативно | Імпульси можуть бути занадто блоковані або не можуть бути відкладені. Агресивні тенденції призводять до руйнівних та само руйнівних дій. | Втрата контролю над своїми діями, все просто трапляється. Деструктивна ненависть переживається як нормальна реакція на дії інших. |
| 2.2 | Здатність переносити (толерувати) афекти | Можуть переживатися та виражатися навіть інтенсивні, негативні, амбівалентні емоції | Інтенсивні, особливо негативні афекти блокуються або визивають імпульсивну поведінку | Інтенсивні, негативні афекти не переносяться, визивають сильне збудження та рефлекторну відповідь |

| | | | | |
|-----|---|--|--|---|
| 2.3 | Регуляція самооцінки | Добра самооцінка підтримується або відновлюється навіть в конфліктах з іншими | Самооцінка не стабільна, залежить від підтримки інших, тенденція до самозвеличення та самоприниження | Почуття самооцінки не регулюється. Порушення виражаються в ідеях грандіозності або хронічного зниження відчуття самоцінності та порушення сприйняття реальності |
| 2.4 | Регуляція стосунків з іншими Захист стосунків | Здатний захищати стосунки, працюючи над імпульсами всередині себе | Неприємні імпульси стресово впливають на стосунки | Стосунки майже не захищені, імпульси керуються деструктивними засобами |
| 2.5 | Збалансування інтересів | Здатний притримуватись своїх інтересів в стосунках та визнавати інтереси інших | Баланс інтересів відсутній, відчуття загрози власним інтересам та недостатнє врахування інтересів інших або самопожертва | Власні інтереси переоцінюються, відчуються як екзистенційні, часто не зрозумілі для інших. Потреби інших не сприймаються. |
| 2.6 | Очікування | Реакції інших очікувані та корегують дії | Перебільшено очікуються негативні реакції інших або реакції інших важко передбачити | Нездатність приймати до відома реакції інших у відповідь на власні дії |

3. Емоційні здібності: внутрішня комунікація та комунікація з зовнішнім світом
Здатність розуміти себе, свої переживання та фантазії, відчуття тіла, встановлення контакту з іншими на емоційному рівні

| | | | | |
|-----|---|---|--|---|
| 3.1 | Внутрішня комунікація Переживання афектів | Може допускати та переживати широкий спектр емоцій, таким чином відчуваючи себе живим | Переживання емоцій обмежуються описання нормативні, домінують негативні афекти | Стан емоційної смерті та ригідності чергується з дифузними емоційними спалахами |
|-----|---|---|--|---|

| | | | | |
|-----|--|---|---|--|
| 3.2 | Використання фантазій | Здатність фантазувати, мріяти, формувати креативні рішення | Фантазування обмежене, домінують негативні загрожуючі фантазії | Реальність та фантазія змішані |
| 3.3 | Тілесне Я | Здатність реалістично описати своє тіло. Відчуття себе живим в своєму тілі | Тіло відчувається окремо від Я, фрагментовано, незахищеним. | Тілесне Я переживається як чужорідне, дивне. Маніпуляції з тілом (пластична хірургія, зміна статі, самопошкодження) |
| 3.4 | Комунікація з зовнішнім світом Встановлення контакту | Здатний встановлювати живий контакт з іншими | Встановлення емоційних контактів обмежено, маніпулятивність, порушення відчуття дистанції | Контакт формальний, без емоційного включення або ворожий |
| 3.5 | Комунікація афекту | Здатність встановлювати контакт та визивати комунікативний обмін, відчуття реальності стосунків | Комунікація утруднена через обмеження диференціації афекту, невключеність чи надмірна чутливість до емоційних ран, переважання знецінення. Відчуття «Ми» майже не виникає | Афекти не контролюються та не символізуються. Внутрішній стан інших може прямо використовуватись. Звичайний комунікативний обмін не можливий |
| 3.6 | Емпатія | Емпатичне розуміння | Обмежене розуміння та емпатія до інших | Потреби інших пропускаються без емпатичного розуміння |

4. Здатність до прив'язаності до внутрішніх та зовнішніх об'єктів

Здатність зберігати позитивні внутрішні образи важливих людей, та використовувати їх для заспокоєння, здатність формувати емоційну прив'язаність в стосунках, відділяти себе від стосунків та вміти розділяти компанію, приймати турботу та допомогу.

| | | | | |
|-----|--|---|---|---|
| 4.1 | Здатність до прив'язаності до внутрішніх образів важливих людей | Здатність створювати та підтримувати емоційний, стабільний внутрішній образ важливих людей. Центральний страх – втратити любов об'єкта | Здатність створювати та підтримувати емоційний, стабільний внутрішній образ важливих людей обмежена. Центральний страх – втратити важливу людину | Немає інтерналізації позитивних досвідів стосунків. Внутрішні об'єкти агресивно-деструктивні. Центральний страх – втрата ідентичності |
| 4.2 | Здатність до прив'язаності до зовнішніх об'єктів Здатність встановлювати зв'язки | Інші емоційно важливі; існує спроможність та бажання прив'язуватись до них. Для захисту існуючих стосунків створюються правила взаємодії; немає залежностей від об'єкта | Емоційне значення важливих інших може перебільшуватись - виражена залежність від об'єкта. Або емоційне значення та відчуття приналежності існує тільки в момент актуальної присутності об'єкта – це призводить до мінливих короткострокових стосунків | Вкрай симбіотичні стосунки або тривожне підтримання власної автономії та уникнення прив'язаності до об'єкта |
| 4.3 | Прийняття допомоги | Пацієнт здатний, якщо необхідно, звертатися до інших як до хороших об'єктів, приймає їх допомогу | Допомога та підтримка зі сторони інших сприймаються зі страхом, недовірою та агресією, часто відкидаються. Може намагатися допомагати іншим до знесилення. | Відсутність концепції допомагаючих інших та допомоги іншим. Включення в активність, що ігнорує прив'язаність до об'єкта |

| | | | | |
|-----|--|--|---|--|
| 4.4 | Посилення прив'язаності, переживання розлуки | Пацієнт переносить розлуку, проявляє адекватне почуття смутку, здатний відмовлятися від афективних інвестицій втрачених об'єктів | Чіпляння за об'єкт через страх втрати, або різке прощання без прийняття смутку. Проте реальні розлуки можуть викликати депресію та дезорганізованість | Відокремлення переносяться без видимих реакцій, проте теми відокремлення можуть викликати сильні реакції |
|-----|--|--|---|--|

5. Характеристики та ефективність психологічних захистів

| | | | | |
|-----|------------------------------------|---|---|---|
| 5.1 | Якісна характеристика Ефективність | Захисти інтрапсихічні, направлені проти внутрішніх інстинктивних бажань та афектів. Не змінюють образу себе та об'єкту. Доступні, гнучкі, ефективні | Надмірна ригідність захистів або недостатність захистів, що призводить до імпульсивних дій. Захисти викривлюють уявлення про себе та об'єкт | Захисти серйозно викривлюють сприйняття реальності. Захищають психотичну особистість від архаїчного страху |
| 5.2 | Типові захисти | Витіснення, інтелектуалізація, раціоналізація, зміщення, сублімація | Заперечення, обернення проти себе, реактивне формування, ізоляція, проекція, розщеплення, проективна ідентифікація, ідеалізація, знецінення | Відхід у фантазії, заперечення, тотальний контроль, примітивна ідеалізація і знецінення, примітивні форми проекції і інтроєкції, розщеплення і дисоціація |

6. Інші критерії

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | Тестування реальності | Добре | Демонструють розуміння реальності при правильній розмові і, навпаки, при непрофесійній провокації можуть видатись повністю відірваними від реальності. Відсутність критичної оцінки себе. | Звичайно далекі від загальновизнаних в їх культурі уявлень “реальності” або повністю заплутані в них. При декомпенсації – можливі маячні ідеї, галюцинації. |
| | Відношення до власних симптомів, розладів | Переважає Его-дистонне | Проблеми межових пацієнтів є Его-синтонними, на відміну від проблем невротиків, тобто проблема (чи хвороба) є частиною “Я” людини. | Его-синтонна, відсутність “спостерігаючого Его” |
| | Особливості переносу | Формують «невроз переносу». В переносі майже ніколи не втрачається відчуття «ніби-то» | Переноси межових пацієнтів сильні, неамбівалентні і не піддаються звичайним інтерпретаціям. Лікар сприймається або як повністю хороший, майже ідеальний, або як повністю поганий і непрофесійний. | Психотичний, симбіотичний характер переносу |
| | Особливості контрпереносу | Відчуття міцного робочого альянсу. Пацієнт не викликає надмірних почуттів | Контрпереноси з межовими пацієнтами сильні і розхитуючі. Навіть тоді, коли вони не негативні, вони виводять з рівноваги. | Часто досить позитивний, відчувається могутність, батьківський протекціонізм та глибока душевна емпатія. Відповідальність. |

| | | | | |
|--|-----------------------------|--|---|---|
| | 7. Цілі психотерапії | Усунення несвідомих перешкод для отримання повного вдоволення від любові, роботи, розваг | Розвиток цілісного, надійного, комплексного і позитивного відчуття себе. Стабілізація. Встановлення границь. Експресивна психотерапія | Підтримка шляхом демонстрації терапевтом своєї надійності, щирості, просвітництва. Підтримуюча психотерапія |
|--|-----------------------------|--|---|---|

ТИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ХАРАКТЕРУ ЗА НЕНСІ МАК ВІЛ'ЯМС

1) Антисоціальна (соціопатична) особистість.

Люди, чий особисті структуровані вздовж соціопатичної лінії, розділяються від вкрай психотично дезорганізованих, імпульсивних, садистичних людей, до ввічливих, витончених, чарівних особистостей, які здійснюють злочини на вищих рівнях системи управління.

Потяги, афекти та темперамент. Така особистість має базову нездатність до людської прив'язаності, організуючий принцип антисоціальної особистості полягає в тому, щоб "провести" всіх або свідомо маніпулювати іншими.

Генетичні, нейрохімічні і гормональні дослідження вказують на деяку вірогідність біологічного субстрату для високих рівнів афективної і хижацької агресії, яка спостерігається у антисоціальних особистостей.

При діагностиці постійно виявляється знижена реактивність автономної нервової системи і даний факт є поясненням постійного прагнення таких людей до гострих відчуттів і їх очевидної нездатності "навчатись через досвід". Можна сказати, що антисоціальні особистості мають вроджені тенденції до агресивності і до більш високого порогу збудження, яке приносить задоволення.

Що стосується основних почуттів, то їх дуже важко визначити через нездатність антисоціальних осіб виражати словами свої емоції. Замість того, щоб говорити, вони, переважно, діють. Коли ці люди дійсно щось відчують, то це, напевно, або сліпа ненависть, або ж маніакально радісний настрій.

Захисні і адаптаційні механізми. Основним захистом антисоціальних людей є *всемогутній контроль*, поряд з яким вони використовують *проективну ідентифікацію*, велику кількість тонких *дисоціативних* процесів та *відігрування назовні*.

"Переступати через" інших (та приниження всього) - ось основне джерело задоволення людей, які переважно використовують всемогутній контроль. Для таких осіб цінність інших людей редукується до їх корисності, яка визначається їх згодою терпіти тортури (затріщини); ця особливість відображає відому відсутність совісті у соціопатів, описану Джонсоном, що свідчить не тільки про дефективне супер-его, але й про відсутність первинної взаємної прив'язаності до інших людей.

Антісоціальні особистості будуть відкрито хвалитися своїми перемогами, завоюваннями, вдалими махінаціями та обманом, якщо думають, що на співбесідника складе враження їх сила, причому вони це роблять цілком свідомо. Це можна побачити в тому, як легко злочинці зізнаються у важких злочинах, скриваючи при цьому дрібні провали. Тут важливо підкреслити, що соціопати власне свідомо маніпулюють іншими людьми, в той час як деякі інші особи (напр. істеричні) роблять це несвідомо.

Що стосується проективної ідентифікації, то вона відображає їх слабку спроможність проговорювати свої переживання, тому якби єдиний спосіб, яким вони можуть добитися від інших розуміння своїх почуттів - це заставити інших відчувати те саме.

Дисоціативні захисні механізми розподіляються від тривіальних випадків мінімізації власної ролі у завершенні "помилки" до тотальної амнезії злочину, зв'язаного з насильством. Дисоціація власної відповідальності є важливим діагностичним критерієм соціопатії. Той, хто побив свою коханку, а потім пояснює, що вони просто "посварилися" і він "вийшов із себе", проявляє характерну соціопатичну мінімалізацію.

Відігрування назовні також є досить важливим механізмом захисту для соціопатів, які при любых емоційно напружених ситуаціях переходять до дій, вважаючи, що тільки діючи можна зберегти самоповагу, а відчувати почуття і контролювати себе - діло "слабаків". Тому для них самих і для зовнішнього спостерігача такі люди здається не переживають тривоги і страху, хоча насправді таке враження є наслідком швидкої розрядки цих почуттів через дії.

Об'єктні відносини при соціопатії. Дитинство антисоціальних людей нерідко відрізняється великою кількістю небезпек і хаосу, певного хаотичного суміщення суворой

дисципліни та зверх-потурання. В історіях їх життя фактично неможливо знайти відображення послідовного, люблячого, захищаючого велику сім'ю батька. Характерна наявність слабких, депресивних і мазохістичних матерів і агресивних, непослідовних і садистичних батьків, як і алкоголізм і вживання наркотиків членами сім'ї. Частими є патерни переїздів, втрат, сімейних розривів. Відсутність відчуття сили в ті моменти розвитку, коли воно необхідно, може вимусити дітей з подібними труднощами витратити більшу частину життя на пошук їх всемогутності. Соціопати не можуть визнати в собі наявність звичайних емоцій, так як вони асоціюються зі слабкістю і вразливістю. Для них характерний факт, що в дитинстві ніхто не прагнув допомогти їм, запропонувавши слова для їх емоційних переживань. Завдяки закриванню афекту у соціопатів відсутнє прагнення до використання мови для прояснення почуттів. В той час, коли більшість з нас використовують слова для того, щоб виразити самих себе, соціопати використовують їх для маніпуляцій. В їх сім'ях не робився аспект на експресивних та комунікативних функціях мови, а замість цього слова використовувалися для того, щоб контролювати інших.

Неспроможність батьків до проговорювання та відповіді на емоційні потреби дитини співвідноситься з іншим аспектом клінічного знання і діти, що стали в майбутньому соціопатичними, були розбещені матеріально, але відчували родинну депривацію. Такого роду "доброта" особливо деструктивна, бо не дає можливості дитині сформулювати своє переживання, що в її житті щось відсутнє.

Батьки таких людей дуже часто самі демонструють дитині силу, посилаючи їй повідомлення, що життя не має ніяких обмежень на використання сили і тиску. Крім того такі батьки в інші моменти можуть підтримувати дітей в їх ненависті до авторитетів.

Антисоціально власне "Я". Антисоціальний індивід має серйозні проблеми в отриманні самоповаги нормальним шляхом через переживання любові і гордості власних батьків. А оскільки зовнішніх об'єктів недостатньо, то вся увага такої людини направляється на власне "Я" і його прагнення до влади. Т

Ще однією особливістю переживань психологічних пацієнтів є примітивна заздрість - бажання зруйнувати все, що є найбільш бажаним. Очевидно, вирости нездатним до любові не можна без знання того, що існує дещо, що приносить задоволення іншим людям і чого позбавлений ти. Активне знецінення і зневажання всього того, що належить до області ніжності і ласки в людському житті, є дуже характерним для соціопатів всіх рівнів. Відомий і той факт, що антисоціальні особи психотичного рівня вбивають тих, хто їх приваблює.

Життєвий цикл соціопата. Життєвий цикл соціопата в основному складається з чергування гріхів, або боротьби з авторитетами і законом для того, щоб відчувати себе сильним і всемогутнім, і подальшого покарання зі сторони порядку. Так як це покарання, як правило, буває грубим і антигуманним, тобто люди з ним стараються зробити те саме, що він робить з іншими, то така динаміка закріплює в соціопаті переконання, що ніякої любові і взаємоповаги нема і не може бути, а значення має тільки сила.

Перенос і контрперенос. Основним переносом психопатів по відношенню до лікаря є проекція на нього свого внутрішнього знання - думка про те, що клініцист хоче використовувати пацієнта для своїх власних егоїстичних цілей, тому він постійно намагається вичислити слабке місце лікаря і знайти його корисні мотиви. З другого боку,

якщо у пацієнта є корисні мотиви щодо терапії, він може себе вести настільки "чарівно", що недосвідчений терапевт може бути обманутий.

Звичайним контрпереносом на заклопотаність пацієнта не бути використаним і його наміри перехитрити експлуатуючого терапевта є опір відчуттям, що його ідентичність руйнується. Недостатньо кваліфікований терапевт може прагнути довести свої добрі наміри, що є помилкою, так як соціопат сприймає це як прояв слабкості, або ж терапевт стане ворожим, зневажаючим і моралізуючим і тоді він уподібнюється до пацієнта, який переживає ті самі почуття по відношенню до оточення.

Також емоційні реакції терапевта можуть включати жахаючий страх та страхітливі передчуття, що можна оцінити як досить реалістичну оцінку ситуації.

Терапевтичні рекомендації. Антисоціальні особистості рідко потрапляють на прийом самостійно, частіше за направленням. Мотивом для спілкування з психологом часто виступають ті чи інші можливі вигоди та зиски, хоча б, довести свою перевагу. Вміло використовують зовнішню доброзичливість та ввічливість для маніпуляції.

Найважливішою особливістю роботи стає витримування непохитності рамок та умов. Будь-які поступки на зустріч бажанням пацієнта будуть сприйматися як слабкість, а не як прояв емпатії.

Важлива непідкупність та безкомпромісна чесність: прямі повідомлення, виконання обіцянок, вчинення добра перед лицем загрози і наполегливе звернення до реальності. Чесність включає в себе визнання терапевтом інтенсивних негативних почуттів по відношенню до пацієнта - як контртрансферентних, так і реалістичних сприйнятів небезпеки. Якщо такі реакції заперечуються, контртрансферентні реакції відіграються зовні, і таким чином можуть бути мінімізовані цілком законні страхи. Терапевти повинні досягати миру зі своїми власними антисоціальними тенденціями, щоб мати основу для ідентифікації з психологією пацієнта. Так, наприклад, при обговоренні питання оплати терапевта слід не захищаючись визнати егоїстичність і жадібність як розумного пояснення плати.

2) Нарцистична особистість.

Людей, особистість яких організована навколо підтримки самоповаги шляхом отримання підтвердження зі сторони, прийнято називати нарцистичними, причому вони постійно переживають глибинне почуття, що з ними щось не так, що вони обмануті і нелюбимі.

Потяги, афекти і темперамент при нарцисизмі. Люди, які організовані нарцистично, як правило надзвичайно вразливі (сензитивні), або емоційно сенсебілізовані до думки оточуючих про себе, а їх увага постійно направлена на зовнішній об'єкт. Отже, спостерігається недостатність самоусвідомлення і страх перед самоусвідомленням, що поєднується зі стидом і заздрістю. Суб'єктивний досвід таких людей просякнутий почуттям стиду та страхом відчувати стид.

Захисні і адаптивні механізми при нарцисизмі. Основні механізми захисту, які використовують нарцистичні люди - *примітивна ідеалізація і знецінення* поряд з відображенням в об'єкті і нарцистичним вибором об'єкта.

Примітивна ідеалізація проявляється постійним процесом "ранжування", який нарциси використовують при контакті з будь-якою проблемою: який лікар краще? яка школа сама вимоглива? яка професія сама престижна? Реальні плюси і мінуси можуть не прийматися через заклопотаність престижністю.

Дуже близькою захисною позицією, в яку стають нарцистичні люди вважається перфекціонізм - постановка перед собою нереалістичних ідеалів.

Що стосується відображення в об'єкті, то це відбувається наступним чином: спочатку нарцистична людина ідеалізує якийсь об'єкт, проектуючи в нього своє "грандіозне Я", а потім, ідентифікуючись з цим об'єктом, відчуває себе грандіозною і цінною. Наприклад: людина, яка є учнем вченого, спочатку приписує своєму вчителю геніальність і неповторність, а потім відчуває себе його придатком, який так само непогрішний і геніальний.

Дуже часто нарциси ідентифікуються не з іншою людиною, а з нелюдськими об'єктами (соціальний статус, матеріальне багатство).

Об'єктні відносини при нарцисизмі. Батьки нарцистичних людей дуже часто в дитинстві використовували їх для підтримки власної самооцінки, тому дитина росте в нерозумінні відносно того, чиє життя йому треба прожити, в чому моя цінність, в мені самому, чи в тій функції, яку я виконую для батьків. Йдеться про батьківську настанову: я цього не досягнув, зате ти це обов'язково досягнеш, що в найбільш деструктивній формі виражається: "я не мав нічого, зате ти можеш мати все". Успадкування таких нереалістичних та неконгруентних для даної особистості цілей калічить самоповагу і людина не в змозі відрізнити свої справжні почуття від спроби задовольнити їх або скласти враження на когось.

Родинним аспектом виховання таких дітей є атмосфера постійного оцінювання в сім'ї. Якщо на дитину ставиться ставка як на життєво важливий об'єкт, необхідний для власної самооцінки, то кожен раз, коли він буде розчаровувати, його будуть прямо чи опосередковано критикувати.

Коли ж дитину постійно хвалять, то така фальш приводить до неспокійного внутрішнього відчуття: це обман, лестощі, яка має лише опосередковане відношення до того, ким я є насправді. Тому такі люди з одного боку потребують підтримки, а з другого її не беруть.

Кардинальна відмінність антисоціальної та нарцистичної особистості полягає в тому, що соціопат виховувався в умовах відкритого нехтування, тоді як нарцистично організована особистість народжується в умовах особливого роду уваги і навіть безумної любові, коли підтримка дається при умові, що дитина включена в нарцистичний план батьків і сприяє його реалізації.

Власне "Я" при нарцисизмі. Внутрішні переживання нарцистичних людей включають неясне відчуття фальші, сорому, заздрощів, пустоти або ж їх компенсаторні протилежності - самоствердження, почуття власної гідності, презирство, захисну самодостатність, марнославство та зверхність. О. Кернберг описує ці полярності як протилежні стани "Его": грандіозне (все відмінно) або навпаки виснажене (все погано) сприйняття власного "Я". Так як ця система поляризована, то нарцистична особистість має дуже прикру власну ідентичність, так як сприйняття себе з точки зору поганого "Я" невиносиме, а при переживанні свого величного "Я" є неясне відчуття, що це фальш. Тому страх визнати свою неповноцінність у таких людей часто зміщується на тіло і вони видають іпохондричні реакції, що дає можливість утримувати переживання своєї грандіозності.

Такі люди також не здатні визнати свої проблеми і попросити іншого про допомогу, так як будують своє позитивне переживання самих себе на основі ілюзії про відсутність невдач, потреби в допомозі, вони бояться, що визначення проблем і залежності виставить на загальний огляд дещо безмежно постидне.

Перенос і контрперенос з нарцистичним пацієнтом. Нарцистичні пацієнти мають сильні реакції на терапевта. Вони можуть з великою енергією знецінювати або ідеалізувати. При цьому вони абсолютно не цікавляться значенням даних реакцій і дивуються уважному відношенню до них клініциста. Як правило їх трансфери настільки Его- синтонні, що є недоступні для дослідження. В ситуаціях знецінення та ідеалізації у психолога проявляється відчуття, що його справжня сутність як людини, яка щиро прагне допомогти, подавляється. Фактично, ми маємо справу з контртрансферним відчуттям того, що вас викреслили і ігнорують як реальну особистість, що має важливе значення для діагностики нарцистичної динаміки.

Даному феномену властиві такі контрпереноси, як нудьга, дратівливість, сонливість, відчуття, що в терапії нічого не відбувається, а найбільш неприємна ситуація - надмірна сонливість. Іноді контрперенос на ідеалізуючого пацієнта виглядає як грандіозне розширення, об'єднання з пацієнтом в союз взаємного захоплення.

Терапевтичні рекомендації. Важливою є здатність консультанта до прийняття людської недосконалості та спокійного визнання власних помилок. Відношення до клієнта у ситуаціях як знецінення, так і ідеалізації – рівне, емпатичне, доброзичливе. Не варто стимулювати сильні почуття сорому. Дуже чутливі до найменшого прояву оцінювання.

3) Істеричні (театральні) особистості.

Люди з істеричною структурою особистості характеризуються високим рівнем тривоги, напруження і реактивності – особливо в міжособистісному плані. Це сердечні, "енергійні" і інтуїтивно гуманні люди, схильні попадати в ситуації драми та ризику. Іноді вони настільки потребують хвилювань, що переходять від однієї кризи до іншої. Через високий рівень тривоги і конфліктів, від яких вони страждають, їх емоційність може здаватись оточуючим поверхневою, штучною і перебільшеною. Їх почуття міняються дуже різко ("істерична нестійкість афектів"). Людям з істеричною структурою подобаються професії, які кидаються в очі.

Захисні і адаптивні процеси. Люди з істеричною структурою особистості використовують *витіснення (репресію), сексуалізацію і регресію*. Їм властиві контрфобічні відреагування назовні (acting out), як правило, пов'язані із стурбованістю надуманою владою і небезпекою, які породжені протилежною статтю. Вони використовують дисоціативні захисти в широкому сенсі.

Приклад: конверсія, сексуальність, первинна-вторинна вигода.

Об'єктні стосунки. Сім'я: маленька дівчинка хворобливо усвідомлює, що один або двоє батьків значно більше люблять брата або відчуває, що батьки хотіли, щоб вона була хлопчиком. Або ж вона може побачити, що батько і інші члени сім'ї чоловічого роду мають значно більше влади, ніж мама, вона сама, сестри.

Коли дитині приділяють увагу, вона поширюється на зовнішні атрибути, зовнішній вигляд, гарну поведінку, на її інфантильні риси. Чим старшою стає дівчинка, тим більше вона зауважує, що батько сторониться її і здається невдоволеним її сексуальністю, яка розвивається. Вона відчуває себе глибоко відкинутою через свою стать і в той же час відчуває, що жіночість має дивну владу над чоловіками. Часто відзначалось, що батьки багатьох театральних жінок були одночасно особистостями і навіюючими страх, і привабливими. Батько створює конфлікт притяжіння-відштовхування.

Істеричне власне "Я". Головне відчуття себе при істерії — відчуття маленької, лякливої і дефектної дитини, яка долає труднощі так добре, як тільки і можна чекати в світі, де домінують сильні і чужі інші. Хоча люди з істеричним складом нерідко виступають як контролюючі і маніпулюючі, їх суб'єктивний психологічний стан абсолютно протилежний. Маніпулювання, яке здійснюється індивідами з істеричною структурою, знаходяться в глибокому контрасті з маніпуляціями соціопатів і безумовно вторинне по відношенню до їх основного прагнення до безпеки і прийняття. Їх управління іншими — це намагання досягнути безпеки серед лякаючого світу, зробити стійким почуття самоповаги, оволодіти ситуацією, яка турбує, виразити безсвідому ворожість або деяку комбінацію цих мотивів. Вони не шукають мотивів когось подолати. Люди з істеричною структурою не є внутрішньо індіферентні і пусті; вони зачаровують людей, так як бояться вторгнення, експлуатації і відкидання. Істерично організовані індивіди мають тенденцію відчувати себе кастрованими. Виставляючи своє тіло наперед, вони можуть переформувати пасивне відчуття тілесної неповноцінності в активне почуття сили в області тілесності.

Перенос і контрперенос. Залежить від статі терапевта і пацієнта. Клієнти-жінки відчувають себе збудженими, наляканими та, водночас захищеними з чоловіком-терапевтом. З жінкою-терапевтом вони ворожі і конкурентні. З обома — нагадують дітей. Мають місце сильні переносні реакції, в т.ч. еротизовані.

Контрперенос: захисне дистанціювання і інфантилізація.

Терапевтичні рекомендації. Встановлення терапевтичного альянсу не є дуже складним завданням. Важливо йти за пацієнтом та утримуватись від «всезнаючої» позиції й демонстрації сили. Увага до інтеграції емоцій та мислення.

4) Депресивні особистості.

Потяги, афекти, темперамент.

Виходячи з теорії потягів, люди в депресивному стані направляють більшу частину свого негативного афекту на самого себе, а не на іншого. Дане явище описувалося як “садизм проти самого себе”, або направлення гніву всередину самого себе. Депресивні люди рідко спонтанно і безконфліктно переживають почуття гніву. Замість гніву вони відчувають вину, це свідоме, его-синтонне, всеохоплююче відчуття (у параноїків почуття вини заперечується і пояснюється з позиції захисту). Депресивні люди хворобливо усвідомлюють кожний здійснений ними гріх, при цьому вони ігнорують власні добрі вчинки, довго переживаючи кожний свій егоїстичний прояв. Сум — головний афект депресивних. Зло і несправедливість викликають у них страждання. Так як вони легко направляють свою ненависть і критицизм всередину себе, вони, як правило, великодушні, чутливі і терпимі до недоліків інших, легко подобаються і навіть викликають захоплення. Всі сумніви вирішують на користь інших і прагнуть зберегти стосунки любою ціною.

Захисні і адаптаційні процеси при депресії. Найбільш сильним і організуючим захистом депресивних є *інтродекція*. Працюючи з депресивним пацієнтом завжди можна почути розмовляючий інтерналізований об’єкт. Часто лікар може відчувати себе так, ніби він говорить з примарою, це свідчить про безсвідому інтерналізацію найбільш ненависних якостей старих об’єктів любові. Їх позитивні якості пригадуються з вдячністю, а негативні переживаються як частина самого себе. Діти проєктують свої реакції на об’єкти любові, які кидають їх, уявляючи, що ті кинули їх, відчуваючи гнів або образу. Такі образи недобррозичливого образу покидаючого об’єкту витісняються із свідомості і переживаються як погана частина власного “Я”: вони занадто болючі, щоб виносити їх, і суперечать надії любовного об’єднання. Таким чином, дитина виходить із переживань травматичної або ранньої втрати, ідеалізуючи втрачений об’єкт і вбираючи всі негативні емоції у відчуття власного “Я” (селф). Це створює глибинне переживання власної поганості, яка відокремлена від образу доброзичливої особистості, в якій відчувається потреба.

Якщо хтось, переживши хворобливий досвід сепарації, вірить, що власні погані якості привели до сепарації з любимим об’єктом, він може сильно прагнути до того, щоб відчувати тільки позитивні почуття до того, кого любить. В даному контексті стає зрозумілим опір депресивних до визнання власної, навіть природної ворожості.

Другий захисний механізм: *обернення проти себе*. Це дає зниження тривоги, особливо тривоги сепарації (якщо хтось вважає, що власний гнів і критицизм викликає залишення, він відчуває себе безпечніше, направляючи їх на себе), і зберігається відчуття сили (якщо “погане” в мені, я можу змінити цю ситуацію). Людина схильна надати перевагу вині ніж відчути слабкість.

Третій механізм — *ідеалізація*. Дана ідеалізація відрізняється від ідеалізації нарцисів тим, що вона організована навколо моралі, а не статусу і сили.

Об’єктні стосунки. Насамперед важливою є роль ранньої і повторної втрати. Е. Фурман виразилась наступним чином “Мама повинна бути рядом, щоб її можна було залишити”: якщо діти не голодні, вони самі відмовляються від груді. Прагнення до незалежності є таким первинним і сильним, як і бажання залежати.

Сепарація природно здійснюється тими, хто впевнений в доступності батьків, якщо їм прийдеться регресувати і “дозаправитись”. Зневажливе ставлення до дітей через надмірну стурбованість своїми проблемами, відсутність адекватного для даного віку пояснення, негативне відношення в сім’ї, моделювання заперечення горя, заклики до приєднання до сімейного міфу, що буде краще без втраченого об’єкту, заховане переживання горя сприяє розвитку переживання, що у власному “Я” щось не так.

Діти вимушені ховати свої почуття, для того щоб оберегти батьків від невиносимого переживання горя, що для батьків може бути катастрофою. Іноді в сім’ях є уявлення про те, що відкрите переживання горя і інші форми самопідтримки і турботи про себе є “егоїстичними” і “потакаючими своїм слабкостям”.

Поєднання емоційного та актуального відділення з батьківським критицизмом з певною ймовірністю створює депресивну динаміку.

Ще одна ситуація з якої “виростає” депресивна дитина може бути депресія у батьків в ранні роки дитини. Тоді діти почувають глибокий неспокій через депресію батьків і роблять висновок, що їх потреби (дитячі) виснажують інших, відчуваючи вину за свої природні потреби.

Депресивне власне “Я”. Люди з депресивною психологією вважають, що в глибині своєї душі вони погані. Вони звинувачують себе в егоїстичності, марнославстві, гордості, агресії, заздрості та пристрасті, вважаючи ці природні аспекти досвіду спотвореними та небезпечними, вважаючи себе занадто деструктивними.

Депресивні люди, проходячи через досвід неоплаканих втрат, приходять до висновку: щось в них самих привело до втрати об’єкту. Факт, що вони були покинуті, трансформується у безсвідоме переконання, що вони заслуговують втрати, що саме недоліки дитини викликали її, і в майбутньому покидання стане обов’язковим, як тільки партнер узнає їх ближче, тому вони з усіх сил прагнуть бути “хорошими” і бояться бути розкритими в своїх гріхах і, як наслідок, відхиленими як недостойні: “Мені погано, тому що я це заслужив”.

Вина депресивної особистості, будучи закладеною в саму структуру “Я”, має неабияке самолюбство і парадоксальним чином підтримує самоповагу, що базується на грандіозній думці: “Ніхто не є таким поганим як я!!!”.

Дуже часто депресивні люди справляються зі своєю психодинамікою завдяки тому, що допомагають іншим. Це дозволяє їм протистояти власній вині. В дослідженнях альтруїзму було виявлено, що типовою ситуацією, коли ці, схильні до милосердя люди, відчувають депресію, є ситуації, коли вони тимчасово не мають можливості проявити гуманітарну активність.

Життєвий цикл. Депресивні пацієнти, зав’язуючи стосунки з іншими людьми, досить часто ідеалізують їх і чекають приниження, очікують, що коли їх по-справжньому визнають, то покинуть. Знаходячись в таких моральних лещатах власних переконань, вони змушують відчути інших безсилим та недостатньо хорошим, щоб підтримувати з ними стосунки, тому люди відмовляються від стосунків, що депресивні інтерпретують як черговий доказ власної нікчемності. Так повторюється знову і знову.

Перенос, контрперенос. Депресивні особистості швидко прив'язуються до терапевта, приписують психотерапевту доброзичливість (навіть якщо відчувають страх критицизму), реагують на емоційний відгук, добросовісно працюють, щоб добре виконувати роль пацієнта, і цінують маленькі інсайти, ніби вони є шматочками підтримуючої життя їжі.

Вони схильні ідеалізувати лікаря “як хорошого” на противагу оцінці самих себе “як поганих”. Дуже цінують особистість терапевта і намагаються не бути обтяжливими, навіть межові пацієнти, які шукають любові та зв'язку, знаходять відклик турботи. Депресивні пацієнти проєктують своє суворе Супер-его на терапевта і постійно очікують критики з його боку. В глибині душі мають переконання, що повага і доброзичливість терапевта зникли, як тільки терапевт “по-справжньому” пізнав їх.

Контрперенос охоплює почуття від доброї прив'язаності до всемогутніх фантазій про спасіння, в залежності від важкості депресивної патології пацієнта. Інколи у лікаря виникають почуття деморалізованості, некомпетентності, безнадійності і що він недостатньо хороший, щоб допомогти пацієнту. Таким чином депресивна точка зору заразна.

Терапевтичні рекомендації. Створення атмосфери прийняття, поваги, емоційної стабільності. Пацієнти вельми чутливі до найменших проявів критики та відчуження. Робота з вивільненням негативних почуттів в стосунках. Спроби підтримати можуть призводити до посилення депресії.

5) Маніакальні особистості.

Манія — це зворотня сторона депресії, полярна протилежність. Гіпоманіакальні люди — це ті ж депресивні, які додатково використовують “заперечення” як основний механізм психологічного захисту. Гіпоманіакальна людина енергійна, має гострий розум та перебуває в доброму настрої, вона має грандіозні плани, прискорене мислення, вона постійно на “висоті” поки не наступить виснаження.

Драйви, афекти та темперамент. Маніакальні люди відрізняються високою енергійністю, мобільністю, здатністю легко переключатися з одного на інший вид діяльності та високою комунікабельністю. За допомогою особливого почуття гумору вони можуть перетворити любую серйозну справу чи розмову на посміховисько, тому з ними досить важко знайти емоційний контакт. Негативні емоції проявляються у таких людей не як сум чи розчарування, а як гнів, інколи у формі раптового непереборного вибуху ненависті. Не дивлячись на підвищений настрій, постійна рухливість видає хронічне почуття тривоги, показне задоволення має дуже “вразливу якість”, тому близьке оточення досить часто відчуває неспокій за їх стабільність. Тоді як переживання щастя є знайомим для таких людей, то спокій лежить поза їх досвідом.

Захисні механізми при манії. Основним захисним процесом маніакальних людей є *заперечення та відреагування* (acting out). Заперечення виражається в їх тенденції ігнорувати (або трансформувати в гумор) події які журять та тривожать інших людей. Відреагування часто проявляється у формі втечі. Вони тікають від ситуацій, в яких їм може

загрожувати втрата. Вони можуть тікати від болісних переживань завдяки відреагуванню, що включає в себе сексуалізацію, оп'яніння, і навіть крадіжки.

До того ж такі люди використовують *знецінення* (як протилежний полюс ідеалізації у депресивних), особливо що стосується міжлюдських стосунків, які містять можливість розчарування. Для маніакальної особистості бажане все, що відволікає від емоційного страждання. В психотичному стані вони можуть впадати в компульсивний ексгібіціонізм, використовувати авторитарний контроль.

Об'єктні стосунки. Так само як і у депресивних, а можливо і більш часто, у них мають місце повторні травматичні втрати, без будь-якої можливості для дитини пережити цей досвід. Так само часто спостерігається батьківський критицизм, емоційне, а інколи, і фізичне насильство. Можна навіть сказати, що втрати маніакальних людей були ще більш серйозними ніж депресивних, а відношення батьків до емоційного стану дитини ще більш зневажливим.

Маніакальне власне "Я". Маніакальні люди відчують гостру внутрішню потребу постійно чимось займатися, щоб не пережити що-небудь болісне (внутрішній зміст такої поведінки). Маніакальні люди досить часто відчують неясний внутрішній страх перед розвалом, або фрагментацією власного "Я", що створюється через надзвичайне протистояння захисних сил "Я" перед катастрофічним болем незворотної втрати.

Самоповага маніакальних людей може підтримуватися за допомогою комбінації успішної втечі від болю, підвищеного настрою та "зачарування" оточуючих. Використовуючи свій гострий розум та неординарність вони легко прив'язують до себе інших людей не відчуючи того самого до них. Якщо ж яка-небудь втрата перевищить можливості заперечення, може наступити або суїцид або психотичний зрив.

Життєвий цикл буде складатись з постійного уникнення ситуацій емоційного болю та емоційної прив'язаності, використання заперечення і постійних дій, чим людина доводить себе до повного виснаження. Коли вже не спрацьовують захисні механізми, тоді настає епізод депресії, з якого людина або повільно, або раптово знов входить у манію і так все повторюється до нескінченності.

Перенос, контрперенос. Маніакальні люди, як правило, ведуть себе досить привабливо і цікаво, щоб викликати в лікаря інтерес до себе. Проте, самі постійно заперечують та ігнорують будь-які переживання стосовно терапевта. А якщо такі все ж досягають певної інтенсивності, пацієнт, як правило, втікає з терапії, запобігаючи подальшій неминучій втраті стосунку з лікарем. Крім того, будучи в глибині душі переконаними у власній нікчемності, вони легко знецінюють терапевтів, коли з їхньої сторони відчують тепле почуття і прийняття (якщо він не може зрозуміти, що я — другосортна людина, значить він — другосортний терапевт!).

Що стосується контрпереносу, то поряд з відчуттям зацікавленості є розгубленість.

Але найбільш небезпечна контрпереносна реакція на таких людей — недооцінка їх страждання і потенційної дезорганізації, що скривається за чарівною презентацією своєї особистості.

Терапевтичні рекомендації. Вже на момент встановлення контракту – попередження переривання лікування. Фокус на заперечення втрат та суму. Такі пацієнти часто говорять щоб не переживати, намагаються веселити терапевта. Необхідний прямий та щирий спосіб роботи.

б) Шизоїдна особистість.

Особистість може бути шизоїдною на будь-якому рівні: від недієздатних кататоніків до абсолютно здорових. Цікавим є питання співвідношення шизофренії і шизоїдної організації особистості: дані літератури вказують на те, що найбільш частим премобідним фоном у захворівших на шизофренію є шизоїдний тип, але це не дає підстав думати, що для всіх шизоїдів високим є ризик психотичного зриву. Сьогодні не вирішеними слід вважати питання природи різних шизоїдних станів. Якщо більшість практикуючих терапевтів розглядають діагнози шизоїдних, шизотипальних і унікаючих особистісних розладів як межові варіанти шизоїдного характеру, а діагнози шизофренія, шизофреноформний і шизоафективний розлад як психотичний рівень шизоїдного функціонування, то психіатри останню групу розладів бачать по-іншому: як результат взаємодії ендогенних, біологічних по своїй суті, порушень із структурою особистості.

Потяги, афекти і темперамент шизоїдної особистості. Конституційно шизоїди гіперреактивні і сензитивні (в дитинстві їх подразнюють надлишок світла, шуму і руху). Можна думати, що такі діти конституційно схильні до шизоїдної адаптації, особливо, коли має місце “погана підгонка” між ними і тими, хто за ними доглядав.

В області драйвів шизоїд фіксований на оральних проблемах, а саме: необхідність уникнути небезпеки бути поглинутим, прив’язаним. Зовнішній світ сприймається ними, як простір, наповнений загрожуючими його небезпеці і індивідуальності сил, які здатні “поглинути” його. Тому вони наповнені тенденціями до втечі від фізичного матеріального світу у власні фантазії, в яких вони знаходять спокій і комфорт. Їх вважають м’якими і спокійними людьми. Хоча ці риси співіснують у них з любов’ю до фільмів жаху і апокаліпсису, що очевидно відображає їх захист від драйвів (переживання задоволення від руйнування загрозливого світу). Аналітики вважають, що шизоїди заховали свою агресію за товстою оболонкою захистів.

Відчуженість, від якої страждають шизоїди, частково витікає з їх досвіду, що їх емоційні інтуїтивні і чуттєві можливості не були достатньо оцінені – іншим просто недоступний досвід шизоїдів. Їх здатність сприймати те, що інші не сприймають, настільки успішна, що вони виявляються недостатньо емпатичними до менш прозорого і амбівалентного, менш емоційно травмуючого світу нешизоїдних людей.

Для шизоїдів не характерні стид і вина. Очевидно, їх тривога обумовлена базовою безпекою: не отримуючи її, вони ховаються в свої фантазії, дистанціюючись таким чином від небезпечного оточення.

“Розщеплення”, яке міститься в етіології слова “шизоїд”, проявляється в двох областях: між власним “Я” і зовнішнім світом; між переживаючим “Я” і бажанням. Мова іде про переживання відчуженості певної частини “Я” чи від життя взагалі. Захисний

механізм розщеплення, при якому людина поперемінно виражає то один, то інший стан “Его”, або, захищаючись, ділить світ на абсолютно хороші і погані аспекти.

Захист і адаптація у шизоїдів. Втеча у світ фантазій; проекція і інтроспекція; іделізація і знецінювання. Найбільш адаптивною у шизоїдів є їх креативність.

Об’єктні стосунки шизоїдних людей. Первинний конфлікт у шизоїдів створення дистанції у стосунках з іншими людьми, любові і страху. Їх життя наповнене амбівалентністю з приводу прив’язаності. Вони постійно вимагають зближення, в той же час переживають загрозу бути поглинутими іншими. Вони шукають таку дистанцію, при якій збережуть свою безпеку і незалежність, але, при цьому страждають від віддаленості і самотності.

Одним із типів стосунків, які формують шизоїдну динаміку є гіперопіка. Шизоїдний хлопчик формується в умовах стосунків з матір’ю, яка контролює, критикує, одним словом, створює “задушливу” атмосферу. Багато авторів відмічали роль протиречливих і дезорієнтуючих комунікацій у формуванні шизофренічного психозу. Можливо, це характерно взагалі для шизоїдної динаміки. Дитині, яка перебуває в умовах утиску і емоційно фальшивих імпульсів легко стати залежною від втечі, чи захистити “Я” від невиносимого рівня гніву і сумнівів. Разом з тим, шизоїдна динаміка можлива і при деформації у ранньому віці.

Шизоїдне власне “Я”. Однією з найбільш характерних особливостей шизоїдних людей є їх повна індиферентність до того, як їх оцінюють інші і які враження вони створюють. Описують беземоційне, іронічне і злегка надмірне відношення шизоїдів до інших людей. В основі своєї дана тенденція має контроль за дистанцією з іншими, вона не допускає приближення зверхконтролюючого іншого. Аналітики описують опозиційність найбільш дезорганізованих шизофренічних пацієнтів, їх ексцентричність і нехтування звичаями, завдяки чому, вони також дистанціюються від інших.

Не потрібно уявляти собі, що шизоїди холодні і байдужі люди. Вони можуть турбуватись про інших, але при цьому вимагають збереження особистого захисного простору.

Самоповага шизоїдів часто підтримується творчою роботою. При цьому для них важливою є не оцінка їх діяльності іншими, а збереження цілісності через самовираження. Шизоїд шукає підтвердження своєї оригінальності і унікальності.

Перенос та контрперенос. Велика тривога вторгнення. Інтелектуалізують, віддаляються, проте часто добре усвідомлюють свої емоції. Терапевт може відчувати слабкість, безпомічність, вину, з’являються образи деструктивного зовнішнього світу.

Терапевтичні рекомендації. Чітке дотримання безпечної відстані та слідування за пацієнтом підвищують відчуття довіри і знижують страх. Терапевтичні зауваження мають використовувати слова та образи самого пацієнта, художні символи. Емпатичне розуміння має сполучатись з оптимальною дистанцією.

7) Параноїдна особистість.

Суть параноїдної організації особистості полягає у звичці обходитись зі своїми якостями, які сприймаються як негативні, шляхом проекції, відчуженні власні риси згодом сприймаються як зовнішня загроза. Процес проекції нерідко супроводжується усвідомленням власної величі.

Даний тип організації особистості існує в континуумі ступеня важкості від психотичного до нормального рівня. Параноїдна людина повинна дуже глибоко страждати, щоб звернутися за психологічною допомогою; параноїки не схильні довіряти іншим. На противагу депресивним, істеричним або мазохістичним людям, високофункціонуючі параноїдні індивіди прагнуть уникнути психотерпії, якщо тільки вони не відчувають серйозної емоційної болі або не дістають оточуючих. На другому кінці континууму знаходяться серійні вбивці, які знищують своїх жертв, вважаючи, що ті самі прагнули вбити їх.

Потяги, емоції і темперамент. Параноїдні люди бачать джерело своїх страждань поза самих себе, тому, очевидно, найбільш порушені з них є більш небезпечними для інших, ніж для себе. Вони значно менш суїцидальні, аніж вражені депресивні, хоча відомо, що можуть убити і себе, щоб випередити когось (уявного), хто загрожує знищити їх особистість. Недоброзичливість, загрожуючі якості багатьох параноїків стимулювали роздуми, що одним із внесків параноїдної орієнтації є високій ступінь внутрішньої агресії або драгівливості. Маленькій дитині важко управляти високим рівнем агресивної енергії і інтегрувати його позитивне почуття власного “Я”. Так негативні реакції вихователів на неспокійну, вимогливу дитину або так званого “тодлера” (починаючого ходити) будуть посилювати її відчуття, що оточуючі люди є переслідувачами. Мейсснер надав ряд емпіричних доказів про “активну” параноїяльну симптоматику у немовляти: нерівномірність, неадаптивність, інтенсивність реакції і негативний стан руху, пов’язану з низьким стимульним бар’єром і, відповідно, гіперзбудливістю.

Параноїдні особистості змагаються не тільки з гнівом, обуренням, мстивістю та іншими більш ворожими почуттями, але, крім того, вони страждають від подавленого страху. С. Томкінс розглядав параноїдний стан як комбінацію страху і сорому.

Що стосується сорому, то ця емоція настільки ж загрожує параноїдній особистості, як і нарцистичній, проте небезпека в кожному випадку переживається абсолютно по іншому. Нарцистичні особистості, навіть самі зверхні, підпадають під усвідомлене почуття сорому, коли з них знімається маска. Параноїдні, навпаки, використовують заперечення і проекції настільки сильно, що сором залишається абсолютно недосяжним для власного “Я”. Тому енергія параноїдної особистості направляється на провал всіх зусиль тих, хто прагне присоромити або принизити їх. Люди з нарцистичною структурою лякаються власної невідповідності, люди з параноїдною особистістю лякаються недоброзичливістю інших людей.

Параноїдні люди надзвичайно вразливі до заздрощів, почуття вини. Вони живуть з жахаючим відчуттям того, що терапевт, коли він дійсно їх визнає, буде шокований гріхами і розпущеністю, відкине або покарає за здійснені ними злочини. Вони хронічно опираються приниженню, трансформуючи любе почуття вини в загрозу, яка йде ззовні.

Захисні і адаптаційні процеси. Проекція домінує у параноїка, ступінь проекції може бути психотичним, межовим або невротичним. У відверто психотичної особистості порушена частина власного “Я” проектується і повністю, вважається, знаходиться “там, назовні, незалежно від того, наскільки божевільними можуть виглядати дані проекції для інших”.

У параноїків межового рівня — *проективна ідентифікація*. Параноїдна людина діє так, щоб зробити свої проекції “придатними для мішені проекції”. Наприклад, клієнтка, яка не визнає свою ненависть і заздрість, заявляє своєму терапевту в антагоністичному дусі, що терапевт заздрить її освідченості. Інтерпретації, які дані в дусі прийняття і симпатії, переінтерпретуються їй як доказ пов’язаних із заздрістю бажань докопуватись і контролювати. Незабаром терапевт, виснажений постійним нерозумінням, починає ненавидіти свою пацієнтку і заздрити їй свободі і давати вихід своїй хандрі. Цей чудовий процес виводить з рівноваги лікарів, які, вибираючи собі професію, не чекають, що приходиться терпіти настільки сильні негативні почуття, які направлені на тих, кого вони б хотіли вилікувати. Ця обставина пояснює властиву багатьом спеціалістам в галузі душевного здоров’я нетерпимість до параноїдних і межових пацієнтів.

У параноїдних людей невротичного рівня внутрішні проблеми проектуються способом, потенційно чужим Его, тобто, вони проектують, але при цьому існує ще і деяка спостерігаюча частина власного “Я”, яка стає здатною, в контексті надійних стосунків, до усвідомлення екстерналізованого змісту психіки як проекції.

Об’єктні стосунки. Дитина, яка виростає параноїком, страждає від серйозних пошкоджень власної дійсної сили, точніше вони підпадали під повторне пригнічення і приниження.

Параноїк також часто вчиться на прикладі. Дитина може спостерігати підозру; осуджуючи відношення зі сторони батьків, які підкреслюють, що члени сім’ї є єдиними людьми, яким можна довіряти. Параноїдні особистості психотичного і межового рівня, як правило, виходять з жорсткого дому, де в сімейних стосунках критичизм і висміювання переважають або де одна дитина, майбутня жертва параноїї, є “хлопчиком для биття” — мішенню для ненависті членів сім’ї і проектування якостей, особливо тих, які відносяться до категорії “слабкість”. Пацієнти, які знаходяться в діапазоні “невротик-здоровий”, як правило, походять із сімей, де тепло і стабільність поєднували із задиркуватістю і сарказмом.

Другим внеском у параноїдну організацію особистості є тривога, яка не піддавалась контролю у людини, яка здійснювала перший догляд за дитиною.

Параноїдне власне “Я”. Головним полярним протиріччям селф-репрезентації параноїдних характерів є імпотентний, принижений і зневажений образ власної особистості; на одному полюсі, і всемогутній, виправданий і торжествуючий — на іншому. Слабка сторона особистості проявляється у відслідковуванні ознак загрози зі сторони оточення. Грандіозна сторона проявляється в зацикленості в собі: все, що стається має відношення до їхньої особистості.

Іншими словами, суть переживань власної особистості параноїдними людьми полягає в глибокій емоційній ізольованості.

Основний спосіб, яким параноїдна людина прагне підвищити свою самоповагу, полягає в напруженні зусиль для боротьби проти авторитетів і інших людей, граючих значну роль. Переживання помсти і тріумфу дають їм полегшуюче (хоча короткочасне і неглибоке) почуття безпеки і моральної ясності. Лякаюча сутяжність параноїдних індивідів базується на потребі боротьби і перемоги переслідуючих батьків. Параноїдні особистості, які присвятили себе служінню жертвам пригноблення, через здатність до боротьби з несправедливими авторитетами і до помсти, утримуються на барикадах значно довше, ніж інші значні соціальні активісти, чия психодинаміка не настільки успішно зберігає їх від “перегорання”.

Перенос і контрперенос. Перенос у більшості пацієнтів носить швидкий, інтенсивний і негативний характер. Іноді терапевт є реципієнтом проекції образу рятівника, але частіше всього, лікар бачиться потенційно не підтримуючим і принижуючим. Вони прагнуть вразити клініциста жорстокістю, відсутністю почуття гумору і наміром критикувати. Вони можуть безжалісно фіксувати свій погляд на терапевті, за що цей погляд і був названий “прикіпливим параноїдним поглядом”.

Не дивно, що лікар реагує на подібну поведінку відчуттям вразливості і появою тотального захисту. Контрперенос в таких випадках ворожий і тривожний.

Рідше, якщо терапевта сприймають як рятівника, контрперенос може бути доброзичливо-грандіозним. В будь-якому випадку терапевт усвідомлює сильні відповідні реакції. Терапевт нерідко усвідомлює аспекти емоцій, які клієнт прагне викинути із свідомості: страх (хоча зовні пацієнт ворожий), садистичну жорстокість і силу (зовні – уразливість і безпомічність). Дуже часто є контрпереносна тенденція “прямо вказати пацієнту” на нереалістичну природу того, в чому пацієнт бачить для себе небезпеку, що є самим раннім і найбільш лякаючим бар’єром для встановлення стосунків, які можуть дати полегшення.

Терапевтичні рекомендації. Труднощі у встановленні терапевтичного альянсу через брак довіри. Готовність витримувати недовіру та ворожість. Дотримання спокійної доброзичливої позиції, такту, щирості, уникання прямих атак на параноїдні захисти. Коментування почуттів.

8) Обсесивно-компульсивні особистості.

Капіталізація суспільства, домінування в їх житті технологій виводять на передній план людину здатну думати і діяти. Наукова раціональність і прагматизм у західних суспільствах ціняться сьогодні найбільше. Тобто, “думати і діяти” сьогодні настільки нормально, що не всі задумуються над глибинним змістом цих понять.

Там, де здатність “думати і діяти” є ведучим психологічним мотивом, де є диспропорція цих процесів і з її здатністю переживати, відчувати і інтуїтивно розуміти, слухати, мріяти і отримувати задоволення від творів мистецтва (тобто, де раціональне пізнання домінує над чуттєвим, предметно-образним) ми маємо справу з обсесивно-компульсивною особистістю. Власне кажучи, людей обсесивно-компульсивного спектру

можна розділити на тих у кого домінують процеси “думання” (обсесивна організація) і тих, в кого домінує схильність “діяти” (компульсивна організація).

Люди з обсесивною структурою сприймаються як дріб’язкові, вперті, скупі, інші: як дисципліновані, пунктуальні, роботящі, схильні до роздумів. Ригідні, з низькими адаптативними можливостями, підкреслено добросовісні, люблять порядок і дисципліну, настирливі. Люди надійні, високих стандартів і моральних цінностей. В. Райх показує їх як “живі машини”.

Драйви, афекти і темперамент. З. Фрейд вважав, що обсесивні і компульсивні люди в дитинстві відрізняються ректальною гіперсензитивністю (фіксація на анальній стадії розвитку). Він звернув увагу на те, що окремі риси характеру цих людей (чистоплотність, впертість, пунктуальність, схильність до утримування і утаювання) відображають сценарій, при якому дитину привчають до туалету. З. Фрейд відкрив також анальну образність у мові, сновидіннях і фантазіях. Фрейд зіткнувся також з тим, що цих людей в дитинстві батьки привчали контролювати випорожнення або передчасно, або грубо, або проявляючи неодмінно інтерес до цього.

З. Фрейд пояснював: привчання до туалету є першою у житті ситуацією, коли дитина змушена відмовлятися від того, що природно, на користь того, що соціально прийнятно. Значимий дорослий і дитина, яку надто рано, чи надто строго привчають до туалету вступають у боротьбу за владу і дитина приречена на поразку. Стан, коли дитину контролюють, осуджують і примушують вчасно виконувати те, що вимагають, породжує у неї гнів і агресивні фантазії – нерідко зв’язані з дефекацією, яку дитина в кінцевому рахунку відчуває, як маленьку садистичну, брудну частину себе. Потреба почувати себе контрольованим, пунктуальним, чистим і розумним, обмежувати себе в проявах таких емоцій, як гнів і стид, стає суттєвою для підтримки самоідентичності і самоповаги. “Супер-Его”, яке діє по принципу “все, або нічого”, що породжуються подібним досвідом, проявляється в ригідній чутливості щодо моралі.

Базовий афективний конфлікт у обсесивних і компульсивних людей (підконтрольний) – гнів, що бореться зі страхом бути покараним. При чому цей афект глибоко захований різними захистами – пасивна (скрита) агресія. Єдині афекти, що переживаються ними - це гнів там, де він обґрунтований, і стид у вигляді легкої депресії.

Захисні і адаптаційні процеси. У обсесивних людей основний механізм захисту – ізоляція (афекту) і раціоналізація, інтелектуалізація, моралізація, зміщення афекту. У компульсивних – знищення зробленого. При їх комбінації дані захисти поєднуються.

Знищення зробленого: компульсивні люди знищують зроблене шляхом здійснення дій, які мають значення магічного захисту і знищення вини. Види компульсивної поведінки: зловживання психоактивними речовинами, схильність до азартних ігор і ін. Компульсивність відрізняється від імпульсивності стереотипним повторенням поведінки.

Реактивне утворення: добросовісність і старанність обсесивних і компульсивних людей як реактивне утворення, направлене проти бажання бути безвідповідальним, брудним, недисциплінованим. Раціональність обсесивних і компульсивних людей можна розглядати, як реактивне утворення проти міфічного мислення.

Об'єктні стосунки. Батьки і опікуни, що виховують таких дітей, задають високі поведінкові стандарти і вимагають, щоб діти з раннього віку їх виконували.

З точки зору об'єктних стосунків у obsесивних і компульсивних людей проблема контролю є на першому місці в їх сім'ях, тобто, мова іде про контроль на всіх стадіях розвитку. Має значення формування почуття стиду. Приблизний варіант умов формування obsесивних і компульсивних людей – уникнення розмов про почуття, ідеалізація критеріїв поведінки.

Власне “Я”. Obsесивні і компульсивні люди занепокоєні проблемами контролю і твердих моральних принципів. Вони досягають самоповаги за рахунок вимог інтерналізованих батьків чи ідеалізованих героїв. Для них завжди складним є вибір, особливо в значимих емоціях – “манія сумніву”, пошук “ідеального рішення” (без переживання тривоги і вини).

Перенос та контрперенос. Відношення до терапевта як до когось з батьків, що є турботливим, проте вимогливим та критичним. Свідомо готові співпрацювати, підсвідомо – сильний опір. Агресивність, критичність помітна, але заперечується. В контрпереносі – нудьга, нетерплячість, напруга, бажання спонукати до активності, емоцій.

Терапевтичні рекомендації. Важливо зрозуміти почуття, що передують дії. Збереження доброзичливих відносин. Готовність допомогти пацієнту виразити гнів до терапевта. Навчити отримувати задоволення від емоцій, просто бути, а не робити щось.

СТРУКТУРА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ДІАГНОЗУ

| | |
|------------------------|--|
| Регістр-синдром | <ol style="list-style-type: none">1. Шизофренічний (шизофренія)2. Афективно-ендогенний (біполярний афективний розлад)3. Олігофренічний (розумова відсталість)4. Екзогенно-органічний (екзогенно-органічні ураження головного мозку –церебральний атеросклероз, наслідки ЧМТ, інтоксикацій...)5. Ендогенно-органічний (справжня епілепсія, первинні атрофічні процеси в головному мозку)6. Особистісно-аномальний (розлади особистості)7. Психогенно-психотичний8. Психогенно-невротичний (невротичні розлади) |
|------------------------|--|

Тип внутрішньої картини хвороби

I. Типи реагування, при яких соціальна адаптація не порушується

а) гармонійний - твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тягар і без підстав бачити його в похмурому світлі, але і без недооцінки важкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти лікуванню. Небажання обтяжувати інших доглядом за собою. У разі несприятливого результату – переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними хворому.

б) ергопатичний - "відхід від хвороби" в роботу, трудяться з жорстокістю, з ще більшим завзяттям, ніж до хвороби, лікуються так, щоб залишалася можливість працювати

в) анозогностичний - заперечення наявності хвороби, її можливих наслідків

II. Типи реагування, що супроводжуються соціальною дезадаптацією у зв'язку із захворюванням

1) інтрапсихічна спрямованість

а) тривожний - безперервне занепокоєння і недовірливість у відношенні несприятливого результату, пошук нових можливостей лікування, пошук додаткової інформації

б) obsesивно-фобічний - помисловість стосується насамперед побоювань не реальних, а малоїмовірних ускладнень; уявні наслідки хвилюють більше, ніж реальні; захистом є ритуали, прикмети.

в) іпохондричний - зосереджені на суб'єктивних відчуттях, прагнення розповісти про це іншим. Перебільшення побічної дії ліків. Вимога обстеження і боязнь його.

г) неврастенічний - поведінка за типом «дратівливої слабкості». Спалахи роздратування, виливаються на першого-ліпшого і завершуються каяттям. Вимога негайного результату лікування.

д) меланхолійний - пригнічений хворобою, невіра в успіх, суїцидальні думки, песимізм

е) апатичний - повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам, лікуванню.

2) інтерпсихічна спрямованість

а) сенситивний - надмірна заклопотаність можливим несприятливим враженням, яке можуть справити на оточуючих відомості про їх хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть уникати їх, вважати неповноцінними, зневажливо ставитися, розпускати плітки або несприятливі відомості про причини і природу хвороби. Боязнь стати тягарем для близьких через хворобу.

б) егоцентричний - «відхід у хворобу», виставляння напоказ своїх страждань і переживань з метою заволодіти увагою оточуючих. Вимога виняткової турботи. Розмови оточуючих швидко переводять на себе. В інших людях, які потребують уваги і турботи, бачать тільки конкурентів і ставляться до них неприязно. Постійне бажання показати своє особливе положення, свою винятковість

в) паранояльний - упевненість в тому, що хвороба - результат чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до лікарських засобів і процедур. Прагнення приписувати ускладнення лікування або побічні дії ЛЗ халатності або злого наміру персоналу. Звинувачення і вимоги покарання в зв'язку з цим.

г) ейфоричний - необгрунтовано підвищений настрій. Зневага, легковажне ставлення до хвороби і лікування. «Само собою все обійдеться». Бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу. Легко порушують режим, хоча це може несприятливо позначатися на перебігу хвороби.

| | |
|--------------------------------------|--|
| Тип пристосувальної поведінки | <p>1. Конструктивна – характеризується переважно соціальною направленістю, реалістичним відношенням до дійсності і продуктивними формами пристосування, направленими на утримання та розвиток досягнутих соціальних позицій. Таким хворим властива достатня активність в боротьбі із хворобою, відсутність суттєвої конфліктності в системі стосунків, пошук та прийняття соціальної підтримки.</p> <p>2. Регресивна – характеризується аутистичною спрямованістю, високим рівнем заперечення дійсності, індіферентним відношенням до соціальної дійсності, залежною життєвою позицією та низьким рівнем особистісної продуктивної активності.</p> <p>3. Деадаптивна (антисоціальна) – виражається в алкоголізації, бродяжництві, сексуальна розпущеність, незрілість та нестійкість трудових установок, порушення загального порядку та прагнення до беззмістовного проведення вільного часу в групах з асоціальною спрямованістю. Конкретні форми деадаптивного реагування визначаються індивідуальними дефектами розвитку особистості.</p> <p>4. Дезорганізована – характеризується втратою мотивації, цільової орієнтації, ситуативної детермінованості, безладністю. При цьому взаємостосунки хворих з оточуючими визначаються актуальними психічними переживаннями або симптомами психічного дефекту.</p> <p>5. Конфліктна – характеризується усвідомленням неконгруентності статусу у зв'язку з переживанням особистісних невдач в сфері професійних, суспільних, сімейних міжособистісних стосунках. Типологічні особливості поведінки таких хворих визначаються головним чином, істеричними, експлозивними та тривожно-депресивними формами реагування.</p> <p>6. Агриваційно-рентна(установочний) – характеризується усвідомленням зв'язку між симптомами хвороби та можливим отриманням «вигоди» від неї. Поява таких тенденцій пояснюється нестійкістю соціально-орієнтованих інтересів та перевага нозоцентричних орієнтацій.</p> |
|--------------------------------------|--|

Рівень адаптаційних ресурсів особистості

1. Оптимальний – відсутність конфліктності в системі міжособистісних відносин, рівень нейротизму не перевищує 10 балів, низькі показники тривожності, ригідності та рівня невротизації та психопатизації.

2. Недостатній (дисгармонійний) – конфліктність в 3-4 сферах міжособистісних відносин, рівень емоційної стабільності складає – 11-16 балів, помірно виражені показники тривожності, ригідності та рівня невротизації та психопатизації.

3. Низький - конфліктність в пріоритетних сферах міжособистісних відносин, рівень нейротизму більше 16 балів, високі показники тривожності, ригідності та рівня невротизації та психопатизації.

4. Інверсний – характеризується різними формами спотворення фактичної соціальної пристосованості та адаптивних можливостей особистості.

МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Психологічне консультування – це сукупність процедур, направлених на допомогу людині у вирішенні проблем та прийнятті рішень відносно професійної кар'єри, шлюбу, сім'ї, вдосконалення особистості та міжособистісних стосунків.

Основні відмінності психологічного консультування від психокорекції і психотерапії, що відображають сутність зазначеного методу надання психологічної допомоги, полягають в наступному:

- Більш широка сфера застосування в порівнянні з клінічною практикою, переважна спрямованість до проблем психічно здорових людей. Психологічне консультування, зокрема, стало широко використовуватися в освіті, менеджменті і промисловості, для вирішення індивідуальних та сімейних проблем.
- Орієнтація на більш широке використання даних, отриманих в емпіричних дослідженнях.
- Робота переважно з ситуаційними проблемами, які розв'язуються на рівні свідомості, на відміну від орієнтації на глибинний аналіз проблем і роботу з несвідомим в психотерапії.
- Велика суб'єкт-суб'єктність, діалогічність спілкування психолога-консультанта і клієнта. Мається на увазі, що клієнт - здорова людина, якій можна делегувати більше відповідальності за своє життя.
- Орієнтація на здорові сторони особистості клієнта, відмова від концепції хвороби в процесі роботи з ним, визнання прав клієнта на велику варіативність поведінкових реакцій і психічних станів як здорових, а не хворобливих явищ.
- Орієнтація на більшу активність і самостійність клієнта в процесі роботи з ним, пробудження внутрішніх ресурсів людини.
- Допустимість в психологічному консультуванні більш широкого спектра різноманітних професійних моделей діяльності психолога-консультанта, ніж у психотерапії (Єлізаров А. Н., 1996).

Психокорекція – це система заходів, спрямованих на виправлення недоліків психологічного розвитку чи поведінки людини з допомогою спеціальних заходів психологічного впливу.

Психокорекція направлена на допомогу при певних розладах, проте в більш складних випадках націлена не на повне усунення патологічних порушень, а на їх компенсацію.

- Психокорекція орієнтована на клінічно здорову особистість.
- Орієнтується на здорові сторони особистості незалежно від ступеня порушень.
- В психокорекції орієнтуються на теперішнє і майбутнє клієнтів.
- Психокорекція орієнтується на коротко та середньо термінову допомогу (від 3-5 до 15-20, рідше до 30 годин)

- Психокорекційні впливи спрямовані на зміну певних аспектів поведінки, вирішення конкретних актуальних психологічних проблем, компенсацію більш складних психологічних порушень, розвиток особистості клієнта.

Психотерапія – це та дисципліна, яка намагається пом'якшити внутрішньо спричинені чи збережені життєві проблеми переважно, але не тільки, мовними засобами. При цьому вона застосовує методи, які виводяться зі специфічної теоретичної споруди, що займається природою, причинами і виправленням цих проблем. Психотерапія має чітко відмежовану предметну ділянку: *психічні страждання, спричинені життєвою історією, у рамках життєвого світу.*

А. В. Петровський і М. Г. Ярошевський дають таке визначення психотерапії:

Психотерапія - комплексний лікувальний вербальний та невербальний вплив на емоції, судження, самосвідомість людини при багатьох психічних, нервових і психосоматичних розладах.

Психотерапія використовує широкий арсенал професійних процедур; застосовує науково обгрунтовані методи; та має широкий діапазон завдань – від лікування пацієнтів, що страждають внаслідок захворювання, стресової ситуації чи дисбалансу (психічного, психосоматичного, психосоціального) до покращення якості життя інших людей. Основною метою «лікування» (коли це є відповідним) є зменшення і зникнення симптомів. Використовуються певні техніки, стратегії та інтервенції. Досліджуються стосунки з важливими особами теперішнього і минулого. Вивчається особиста історія та життєвий досвід, а також труднощі буденного життя.

Психотерапія використовує різні форми досвіду, технік та навичок для допомоги людям які її потребують, базується на широкому розумінні психологічного здоров'я, так само як і патології. Її метою є змінити форми мислення, установки та поведінку у ставленні до будь-яких проблемних сфер особистого та соціального життя. Психотерапія також допомагає полегшити страждання; модифікувати обмежуючі патерни особистості чи поведінки, що призводять до відчуття нещастя та стресу; заохочує нову внутрішню організацію самовідчуття та самовираження; сприяє покращенню інтеграції; допомагає долати дисфункціональні установки та патерни адитивної поведінки (залежності); допомагає покращити внутрішній досвід людини, її обізнаність та особистісні контакти. Також психотерапія може застосовуватись, і часто застосовується, з метою профілактики.

Консультавання, психокорекція та психотерапія охоплюють спектр психологічних проблем та розладів від тих, що потребують короткотривалого втручання до тих, що вимагають тривалого та глибинного опрацювання.

НАПРЯМКИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Моделі і теорії різних напрямків психотерапії можна розуміти як певні настанови, які допомагають впорядковувати враження від терапевтичної ситуації, уможливлювати терапевтові раціональну і зв'язну діяльність. Вони є певними вказівками, як структурувати відповідним чином терапевтичні феномени.

На сьогодні існує кількасот специфічних варіантів, які за думкою спеціалістів Європейської асоціації психотерапії можна згрупувати в п'ять основних категорій:

1. Психоаналітична психотерапія – охоплює ті форми психотерапії, які можна вивести з глибинних психологічних теорій Фрейда, Юнга та ін.; життєві проблеми при цьому розглядаються як результати неусвідомлених конфліктів та моментів розвитку.

2. Когнітивна та поведінкова терапія – охоплює форми психотерапії, що спираються на теорії навчання та когнітивну психологію; життєві проблеми тут виводяться з невірного навчання та мислення.
3. Гуманістична психотерапія – форми психотерапії, що акцентують потенціал людського розвитку. Життєві проблеми розглядаються як блокада емоцій, почуттів.
4. Системна психотерапія – на основі загальної теорії систем розглядає життєві проблеми як ті, що виникають внаслідок зсуву в системі або групі, до якої належить дана людина.
5. Екзистенційна психотерапія – охоплює ті форми психотерапії, основу яких складає екзистенційна та феноменологічна філософія. Життєві проблеми тут пояснюються браком ясності розуміння причин та умов людського існування.

ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ НАПРЯМОК

Психоаналіз, історія розвитку якого почалася з робіт Зигмунда Фрейда та налічує більше 100 років, має в основі теорії особистості та методи психологічної допомоги й лікування психічних розладів.

Психоаналіз – це спосіб розуміння душевних процесів та мислення, інтерпретативного пояснення психічних явищ.

Фрейд спробував ораціоналізувати іраціональні, інтуїтивно зрозумілі поняття (О.Фільц).

В основі психоаналітичного розуміння лежать такі основні принципи:

1) Всі люди мають позасвідоме.

2) **Принцип динамічності:** психічні процеси знаходяться у безперервному русі, який завжди багатокомпонентний (одночасно присутні і прогрес, і регрес), та базується на всіх частинах психічного апарату (позасвідоме, підсвідоме, свідоме; Ід, Его, Супер-Его).

Психотерапевтичний процес

У класичному психоаналізі виділяються *дві головні цілі психотерапії:*

1. Усвідомлення неусвідомлюваного (мотивів, фіксацій, захисних механізмів, способів поведінки) та прийняття адекватної і реалістичної інтерпретації.

2. Посилення Его шляхом інтеграції раніше витісненого для побудови більш реалістичної поведінки.

Класичний психоаналіз включає п'ять базових технік: а) метод вільних асоціацій; б) тлумачення сновидінь; в) інтерпретація; г) аналіз опору; д) аналіз переносу.

Метод вільних асоціацій є базовим технічним правилом, яке передбачає спонтанну продукцію довільних висловлювань у випадковому порядку, як вони приходять на розум, зміст яких може відображати будь-які переживання клієнта. Для психоаналітика важливі зміст, послідовність, блокування у висловлюваннях. Вони є ключами до неусвідомлюваних проблем.

Для доступу до первинних неусвідомлених процесів створюються умови для регресу в терапії. **Регресія** – це повернення людини до більш ранніх стадій психологічного розвитку з актуалізацією більш ранніх переживань

Вільним асоціаціям пацієнта відповідає **вільно розподілена увага терапевта**. Терапевт слухає роздуми свого пацієнта і тимчасово ідентифікується з його афектами і думками. У той же час він стежить за власними асоціаціями, які значною мірою стимульовані продукцією пацієнта. Оскільки чутливість терапевта до думок і почуттів перевищує можливості контролю пацієнта, зазвичай відкривається можливість виробити

деякі припущення про те, що пацієнт намагається приховати. Таким чином, терапевт може більш прямим шляхом підійти до того, що пацієнт намагається висловити побічно за допомогою метафор або дій. Так само як пацієнт в своєму Его створює терапевтичне розщеплення між власними переживаннями і спостереженням за цими переживаннями, терапевт відкривається для власних афективних та ідеаторних реакцій на пацієнта, одночасно спостерігаючи за ним. У кількісному вираженні афект, з яким доводиться стикатися терапевту, значно слабкіше того, з яким має справу пацієнт, що дає терапевту можливість залишатися більш об'єктивним у порівнянні з пацієнтом щодо продукції останнього.

Тлумачення сновидінь. В сновидінні розрізняється явний та латентний зміст. Під час сну послаблюються захисні механізми і виявляються приховані від свідомості переживання. Сновидіння - не тільки ілюстрація пригнічених переживань, але й процес трансформації їх у більш прийнятну для подолання форму. Саме цю функцію сновидінь З. Фрейд позначив як "робота сновидіння".

Завдання психоаналітика полягає в забезпеченні інтерпретації, розкритті латентного змісту і, шляхом спонукання клієнта до вислову вільних асоціацій, пов'язаних зі сновидіннями - надання йому допомоги в усвідомленні реальних подій минулого і сьогодення, які викликали ті чи інші картини снів.

Інтерпретація - процес «перекладу» почутого від клієнта матеріалу, в те, що розуміється психотерапевтом як розкриття його більш глибокого сенсу.

При цьому велика увага приділяється взаємодії психотерапевта і пацієнта.

Аналіз опору. Фрейд формулював опір як певну силу, певний механізм, певні переживання, які протидіють терапевтичним змінам в процесі аналізу. Це консервативна частина людини по відношенню до будь-яких змін. Т.Огден основний сенс опору бачить у протидії новим знанням, в першу чергу про себе.

Опір – це протидія процесу самопізнання, який пов'язаний з проникненням у позасвідоме. Це страх дізнатися про себе щось, що може загрожувати власній стабільності (О.Фільц).

Істотним моментом в аналізі опору є не подолання його, бо психологічний захист необхідний, а саме усвідомлення як психологічного механізму, наосліп чинного там, де, як виявляється, його захисна функція вже не потрібна.

Аналіз переносу. Перенос (трансфер) – це зміщення попереднього досвіду переживань на актуальну ситуацію стосунків. В побутовому сенсі – це подібність незнайомої людини на когось знайомого. Переноситься завжди стосунок (навіть якщо подібні будинки – подібні переживання в тих будинках).

Відсутність переносу в принципі не можлива. Перенос завжди виникає там, де ми маємо відносини з важливими для нас людьми (лікарі, вчителі, авторитетні люди).

Переносні емоції та стосунки відбуваються в площині фантазій й не мають відношення до реальності.

Перенос розглядається як найважливіший терапевтичний фактор психоаналізу і одночасно - як одна з найбільш серйозних складнощів в аналітичній роботі. Цільова роль переносу полягає в тому, що за його допомогою пожвавлюються колишні несвідомі конфлікти і витіснені змісти, вони стають доступні для свідомості, переживаються та пропрацьовуються в ході терапії.

У трансферентних відносинах відтворюється генезис невротичних проблем та труднощів клієнта. Основна "тріада" аналітичного лікування представлена пригадуванням витіснених переживань, їх повторенням у відносинах з терапевтом і опрацюванням, в результаті якого зникають підстави для повторного виникнення симптому.

Контрперенос. За словами Пола Хайманн, це емоційна реакція аналітика на пацієнта всередині аналітичної ситуації. Вона являє собою один з найбільш важливих інструментів його роботи. *Контрперенос аналітика є інструментом дослідження несвідомого пацієнта.* Важливим є те, що психотерапевт, на відміну від пацієнта, не переводить виникли у нього почуття в дії і не відреагує їх. Аналітик, поряд з вільно розподіленою увагою, потребує вільної емоційної чутливості, щоб слідувати за емоційними

рухами пацієнта і його несвідомими фантазіями. Наше основне положення полягає в тому, що *несвідоме аналітика розуміє несвідоме пацієнта*. Це взаєморозуміння на глибинному рівні досягає поверхні у формі почуттів, які відзначає аналітик в реакції на свого пацієнта, у своєму контрпереносі. Зіставляючи почуття, що виникають в ньому самому завдяки асоціаціям й поведінці його пацієнта, аналітик володіє найбільш цінними засобами для перевірки того, чи зрозумів він пацієнта або не зміг збагнути.

Види психоаналітичної терапії

Психоаналіз – метод, що спрямований на покращення розуміння пацієнтом своїх внутрішніх процесів. Полягає в досить частих та тривалих сесіях (3-5 разів на тиждень, протягом 2 і більше років) із застосуванням кушетки. Пацієнт лежить, терапевт сидить позаду нього. Такі технічні прийоми сприяють терапевтичній регресії та глибшому опрацюванню конфліктів й переструктуруванню проблемних зон особистості.

Ідея роботи – усвідомлення підсвідомих процесів і створення їх зв'язків із свідомими.

Підтримуючі техніки при роботі з психотичними пацієнтами

Пацієнти, схильні до психотичної дезорганізації, страждають від відчуттів незахищеності та внутрішнього розпаду, тому при роботі з ними не застосовують будь-які техніки, пов'язані з ослабленням або зміною захистів (як це робить традиційна аналітична терапія при роботі з невротичними пацієнтами). Відповідно найбільш підходящою технікою при лікуванні таких пацієнтів зазвичай є підтримуюча техніка психотерапії.

Експресивні техніки при роботі з межовими пацієнтами

Експресивна терапія має багато спільного як з підтримуючою, так і з розкриваючою терапією. Пацієнта просять говорити все, що приходить йому в голову, психотерапевт допомагає йому в цьому розібратися, обидві сторони очікують, що в результаті низки інсайтів та налагодження сприятливих дружніх відносин будуть відбуватися зміна і зростання особистості. З межовими пацієнтами працюють сидячи обличчям до обличчя.

Короткофокусна психодинамічна терапія

Короткий курс психодинамічної терапії покликаний внести поведінкові зміни, пов'язані з опрацюванням будь-якої певної області внутрішнього конфлікту. Він відрізняється від довготривалого курсу психодинамічної терапії часовими рамками проходження такого лікування (від 6 до 30 сесій). Обмежений час надає цьому виду психотерапії свою специфіку, яка виявляється в особливостях цілей лікування, відборі пацієнтів і технічних прийомах. Короткострокова психотерапія займається переважно «свіжими» психодинамічними конфліктами, що гальмують або спотворюють особистісний ріст клієнта. У той час як довготривала психотерапія звертається до минулого пацієнта, короткострокова терапія цілком покладається на ті конфлікти, які стали критичними для життя пацієнта саме зараз.

Групова психоаналітична психотерапія

Базується на понятті групового процесу, як єдиного поля (Фукс), що співвідноситься з колективним несвідомим Юнга. Вільні асоціації у групі виглядають як вільно плаваюча дискусія. Психотерапевт також допомагає зрозуміти зв'язки підсвідомого та свідомого.

Психічна робота пацієнта є наріжним каменем психотерапевтичних змін. Головна мета психоаналітика – сприяти психічній роботі пацієнта, допомогти йому змінитися у тому напрямку, який буде найкращим саме для конкретного пацієнта. Тому далі показані погляди на психоаналітичну терапію які є вірними, та які не відповідають істині з огляду на вище названі цілі (за М.Фай, 2011).

| Невірно | Вірно |
|---|--|
| Психотерапевт поводить себе як всезнаючий суб'єкт | Безсвідоме пацієнта – це істина, яку потрібно шукати |

| | |
|---|---|
| Психотерапевт розповідає пацієнту істину про нього | Психотерапевт та пацієнт разом створюють сетінг, комунікативний та внутрішній простір, в якому ця істина зможе проявитися |
| Психотерапевт впливає на свого пацієнта | Психотерапевт сумісно з пацієнтом створюють терапевтичний простір |
| Психотерапевт «лікує» пацієнта | Психотерапевт використовує свою особистість та навички для емоційного контакту та здійснює інтервенції для сприяння психічній роботі пацієнта |
| Психотерапевт робить пацієнта пасивним об'єктом його недосяжного знання, терапевтичних заходів та інтерпретацій | Психотерапевт допомагає пацієнту подолати його опір до психічної роботи та емоційного зростання |
| Психотерапевт опиняється в капкані нескінченного безсвідомого суперництва (оскільки пацієнт буде доводити свою правоту) | Все, що психотерапевт робить і чого не робить, послуговується цілі покращення психічної роботи пацієнта |

КЛІЄНТ - ЦЕНТРОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ

Основоположником клієнт-центрованої психотерапії є американський психолог Карл Ренсом Роджерс (1902-1987).

Важливою особливістю гуманістичної теорії Роджерса, є *феноменологічний* і *холістичний* підходи. Згідно феноменологічного підходу, основою особистості є психологічна реальність, тобто її суб'єктивний досвід, завдяки якому інтерпретується дійсність. Згідно холістичного підходу, людина являє собою інтегроване ціле, яке не зводиться до окремих частин.

В якості головної рушійної сили функціонування особистості розглядається *тенденція до самоактуалізації* – потреба людини реалізувати свої вроджені потенційні можливості. В цій тенденції є дуже важливою потреба в прихильності інших людей і у позитивному відношенні до себе.

В назві психотерапії – «клієнт-центрована» підкреслюється, що вона орієнтована не на теорію чи проблему, а на особистість клієнта, де ключовою фігурою в створенні психотерапевтичних змін є саме він. Термін «клієнт» в більшій мірі, ніж термін «пацієнт», є адекватним не маніпулятивній, не медичній моделі психотерапії, та відображає важливість поваги до людини, яка звертається за допомогою.

Клієнт-центрована психотерапія входить в наукову течію, яка називається гуманістичною психологією. Виділяють шість характерних рис гуманістичної психології:

- 1) вирішальна роль творчої сили людини;
- 2) антропоморфна модель людини;
- 3) розвиток людини визначають скоріше цілі, ніж причини;
- 4) холістичний, а не «елементний» підхід до людини;
- 5) необхідність прийняття до уваги людської суб'єктивності думок, точок зору, свідомих і несвідомих імпульсів людини;
- 6) психотерапія заснована головним чином на хороших людських відносинах.

Роджерс вказав на наступні риси особистісно-центрованої психотерапії:

1. Гіпотеза про те, що певні установки психотерапевта (*конгруентність, емпатія і безумовне прийняття*) утворюють необхідні і достатні умови терапевтичної ефективності.
2. Основний акцент на феноменологічному світі клієнта.
3. Терапевтичний процес орієнтований на зміни в переживаннях, на досягнення здатності більш повно жити в даний момент.
4. Увага в більшій мірі до процесів змін особистості, а не до статичної структури.
5. Гіпотеза про те, що одні і ті ж принципи психотерапії застосовані до всіх людей, незалежно від того, до якої клінічної категорії вони віднесені – до осіб, що страждають на психози, неврози, чи до психічно здорових.

Завданням клієнт-центрованого психотерапевта є створення умов ініціації механізму змін клієнта. Що буде робити клієнт в терапії – залишається за ним. Терапевт супроводжує клієнта не в проблему, а в глибину його внутрішнього світу, досвіду його переживань, які є важливими для клієнта «тут і тепер». Якщо формувати проблему або глибинні переживання замість клієнта, це може бути «втискуванням» його в проблему без врахування його готовності. В клієнт-центрованій психотерапії веде клієнт, як в танці, а психотерапевт супроводжує його.

Допомога іншому – це взаємодія з іншим, що здійснюється з метою:

- 1) **полегшення його страждань;**
- 2) **сприяння його розвитку, розкриттю потенціалу його здібностей.**

Головна ціль – допомогти клієнту стати **“повністю функціонуючою особистістю”** (К. Роджерс).

Необхідними і достатніми умовами для конструктивних особистісних змін є наступні:

1. Двоє людей знаходяться в психологічному контакті, який передбачає взаємну налаштованість один на одного. (Взагалі це є здатність перебувати в міжлюдських стосунках).
2. Перша людина, яку ми називаємо клієнтом, знаходиться в стані інконгруентності, будучи, наприклад, вразливим або тривожним. Клієнт здатний хоча в мінімальній мірі усвідомлювати свою інконгруентність.
3. Психотерапевт є конгруентним, або інтегрованим в ситуацію взаємодії. Це означає, що в тій сфері стосунків, де клієнт відчуває дискомфорт, психотерапевт має бути більш конгруентним.
4. Терапевт відчуває безумовне позитивне відношення до клієнта.
5. Терапевт проявляє емпатійне розуміння внутрішнього світу клієнта і прагне передати йому своє розуміння.
6. Досягається хоча мінімальний ступінь передачі клієнту емпатійного розуміння і безумовного позитивного відношення.

В триаді базових терапевтичних установок, які є необхідними для встановлення особливого типу міжлюдських стосунків між психотерапевтом і клієнтом, *автентичність* психотерапевта є найбільш фундаментальним поняттям. Автентичність передбачає самоусвідомлення, тобто доступність почуттів психотерапевта для нього самого (для його усвідомлення) і здатність проживати їх, відчувати в терапевтичних стосунках та виражати в спілкуванні з клієнтом, якщо вони виявляються стійкими (Роджерс, 1966, стр.185).

Автентичність має дві сторони: внутрішню і зовнішню. Внутрішня сторона – це те, в якій мірі психотерапевт усвідомлює чи сприймає всі аспекти своїх переживань. Ця сторона називається **конгруентністю**. Вирішальним фактором в досягненні довіри між клієнтом і психотерапевтом є саме *конгруентність* психотерапевта. За Роджерсом «конгруентність», як певний спосіб самопрезентації, означає усвідомлення терапевтом почуттів або установок, які він переживає – «бути тим, ким я є».

Зовнішня сторона справжності передбачає здатність психотерапевта ясно і точно повідомляти про свої усвідомлені сприйняття, установки і переживання. Її можна визначити як *прозорість*. Психотерапевт може бути прозорим на стільки, на скільки це можливо в психотерапевтичних відносинах.

Відсутність конгруентності означає невідповідність між тим що людина говорить і тим, що виражається її експресією, жестами, тоном голосу. Інконгруентність терапевта, який приховує свої почуття, намагаючись виглядати «професіоналом» у відносинах з клієнтом є антитерапевтичним в клієнт-центрованій психотерапії.

Другою базовою терапевтичною установкою є емпатія. *Емпатія* є спеціальним способом пізнання внутрішнього світу іншої людини. Це означає «бачити світ очима клієнта, відчувати дещо разом із ним, як йому в цьому світі».

Емпатія передбачає співпереживання, а не просто симпатію до клієнта. Вона відрізняється від ототожнення чи ідентифікації (поглинання переживанням) тим, що зберігається власна позиція терапевта та психологічна дистанція з клієнтом.

Виділяють 2 рівні емпатії: рівень внутрішнього співпереживання, тобто яким чином переживання клієнта резонують з емоціями психотерапевта і комунікативний рівень, який передбачає здатність емпатійно відгукнутись.

Емпатична реакція є найкращим способом повідомлення клієнту, що його *безумовно та безоціночно приймають*. Роджерс характеризує третю необхідну умову терапевтичної взаємодії наступним чином: «Чим більше я приймаю іншу людину, чим більше вона подобається мені, тим більш я здатний створити ті умови, котрі вона може використовувати. Під прийняттям я розумію тепле відношення до неї, як людини, яка має безумовну цінність, незалежно від її стану, поведінки або почуттів».

Прийняття не варте чогось, поки в нього не входить розуміння: «Тільки коли я розумію почуття і думки, які видаються Вам такими жахливими або безглуздими, тільки тоді я розумію їх так само як і Ви». Це дає відчуття свободи клієнту, яка є необхідною умовою відносин. Глибока повага до іншої людини базується на тому, що вона має вроджену глибоку мотиваційну тенденцію до самоактуалізації – тенденцію до психологічного зростання, розвитку, удосконалення потенційних можливостей.

Основна ідея К.Роджерса в тому, що людина відпочатково здатна до самовдосконалення, особистісного зростання, то допомога, коли вона має місце в житті людини, сприяє розвитку особистості, адже все конструктивне є водночас особистісно розвиваючим.

К. Роджерс стверджує, що відносини можуть бути допомагаючими за умови своєї спрямованості на покращення життєдіяльності, розвиток зрілості та особистісне зростання.

Патогенетичний механізм розвитку неврозу полягає в наступному: якщо дитина живе в кліматі умовного прийняття, тобто її приймають тільки тоді, коли вона виправдовує сподівання значимих дорослих (батьків, бабусі, дідуся, вчителів і т.д.), то вона живе в постійному побоюванні (в тому числі несвідомому) втратити їх прихильність. В свідомості дитини внутрішній досвід розділяється на «гарний» – погоджений і «поганий» – непогоджений значимими дорослими. В цьому випадку страх втрати схвалення та прихильності являється патогенним і блокує тенденцію до самоактуалізації. Наприклад, батьки не можуть приймати агресивну поведінку дитини, її плач, галас. Дитина починає уникати або заперечувати свій досвід і в результаті блокується її природний гнів.

Її «недостойна» поведінка викликає тривогу і, в результаті, невідповідність між реальною поведінкою і ідеальними зразками. **Інконгруентність** – невідповідність між тим що людина говорить і тим, що виражається її експресією, жестами, тоном голосу. Існує дві форми інконгруентності: 1) між почуттями і усвідомленням цих почуттів; 2) між усвідомленням почуттів і їх вираженням.

Інконгруентність підтримує два механізми психологічного захисту: заперечення і викривлення. Заперечення полягає в тому, що в свідомість не допускається психотравмуючий досвід. Викривлення являє собою інтелектуальну переробку завдяки

чому вона стає безпечною для Я-концепції (система уявлень індивіда про самого себе, усвідомлювана та рефлексивна частина особистості).

Базовим положенням клієнт-центрованої психотерапії (емпатія, безумовне позитивне прийняття, конгруентність) не можна навчитися і використовувати як технічні прийоми. Їх потрібно відчувати, переживати як деякі екзистенції (екзистенція – існування). Розуміння емпатії чи прийняття неможливі без переживання. Це означає, що чисто технічно неможливо забезпечити достатні умови терапевтичних змін клієнта.

Засобом психотерапевтичного процесу є особистість психотерапевта, а не технічні прийоми. «Техніки» клієнт-центрованого підходу – це не спосіб дії, а спосіб існування з клієнтом. Вони не можуть розглядатися окремо від необхідних і достатніх умов терапевтичних змін.

СИСТЕМНА СІМЕЙНА ПСИХОТЕРАПІЯ

Системна сімейна психотерапія - одна з наймолодших психотерапевтичних шкіл, що розвиваються останнім часом. Цей підхід виник після Другої світової війни. Основу системної сімейної психотерапії склала загальна теорія систем.

Найбільш видатними представниками цього напрямку, що має декілька підходів, є - В.Сатір, К. Вітакер, А. Хейлі, С.Мінухін, М. Боуен, М. Сельвіні-Палаццолі.

У теперішній час системний напрямок вважається одним з найбільш широко представлених, перспективних, та терапевтично ефективних напрямків сімейної терапії. Сім'я розглядається тут як соціальна система, як комплекс елементів і їх властивостей, що знаходяться в динамічних зв'язках і відносинах один з одним.

Отже, клієнтом системного сімейного психотерапевта є вся сім'я, вся сімейна система, саме вона - об'єкт психотерапевтичного впливу.

Базова ідея системної сімейної психотерапії полягає в тому, що сім'я - це соціальна система, тобто комплекс елементів і їх властивостей, що знаходяться в динамічних зв'язках і відносинах один з одним. Сім'я - це «живий організм, що нагадує скоріше полум'я, ніж кристал» (Черніков А. В., 1997).

Сімейна система - це відкрита система, яка знаходиться в постійному взаємобміні з навколишнім середовищем. Вона є системою, що самоорганізується, джерело перетворень системи лежить всередині її самої.

Сімейна система - це група людей, пов'язана загальним місцем проживання, спільним господарством, а головне - взаєминами. Те, що відбувається в родині, часто не залежить від намірів і бажань людей, що входять в цю сімейну систему, тому що життя в родині регулюється властивостями системи, як такої. У цьому психотерапевтичному підході стверджується, що наміри і вчинки людей вторинні і підкоряються законам і правилам функціонування сімейної системи (Варга А. Я., Драбкина Т. С., 2001).

Парадигма системної сімейної психотерапії зазнала сильного впливу *загальної теорії систем* (Bertalanffy, 1969), теоретичного підходу, який сформувався в надрах біології та медицини. Ця теорія робить акцент не на компонентах, що становлять єдине ціле, а на взаєминах між ними. Загальна теорія систем розглядає кожну систему як частину більш загальної системи (наприклад, система сім'ї є компонентом спільноти, яка, в свою чергу, само є частина більш глобальної суспільної системи) і, відповідно, включає більш дрібні

системи, або підсистеми (наприклад, система сім'ї включає індивідів, які складаються з систем органів, а ті, в свою чергу, складаються з тканин).

Сімейна система, так само як будь-яка інша система, функціонує під впливом двох законів: закону гомеостазу і закону розвитку.

Закон гомеостазу формулюється дуже просто: кожна система прагне зберегти своє становище, яким би воно не було. Отже, сімейна система прагне залишитися в даній точці свого розвитку, і не хоче нікуди рухатися. Будь-який симптом в системі умовно вигідний. Він завжди працює на гомеостаз і завжди підкріплюється, хоча люди цього абсолютно не хочуть.

Відповідно до **закону розвитку**, кожна сімейна система повинна пройти свій життєвий цикл.

Життєвий цикл сім'ї - це послідовність зміни подій і стадій, які проходить будь-яка сім'я. Сімейна система повинна скластися і завершитися, так само як людина повинна народитися і померти. Безпосередніми причинами, що дають родині можливість пройти цей життєвий цикл, є деякі обов'язкові для виникнення цієї системи події, такі, як шлюб, а також зміни фізичного віку людей та відповідні зміни стадій психічного розвитку.

У системній сімейній психотерапії, таким чином, «пацієнтом» є сім'я, а проблема чи симптом вважаються відображенням стану здоров'я сімейного організму в цілому. Незважаючи на те, що сама сім'я може ідентифікувати одного зі своїх членів як пацієнта, психотерапевт буде вважати його всього лише носієм симптому.

Підсистеми

Сім'я виконує свої функції завдяки наявності в ній підсистем.

У живій клітині всі її складові частини вносять свій вклад в «спільну справу». Однак компоненти клітини функціонують злагоджено. Деякі з них спеціально призначені для того, щоб регулювати діяльність інших. Так, ядро клітини керує роботою інших клітинних органел. Така організація компонентів, призначена для виконання певної функції в рамках більш великої системи, отримала назву підсистеми.

У складі сімейного організму є три ключові підсистеми.

Подружня підсистема включає в себе варіанти стосунків, пов'язаних з проявом уваги пари один до одного.

Батьківська підсистема об'єднує патерни взаємодії, що виникли при вихованні дітей. Ця підсистема може складатися з батька і матері, але може включати і тільки одного з батьків разом зі значимими іншими, які в тій чи іншій мірі беруть участь у вихованні дітей.

Самі діти є членами **підсистеми сиблінгов**. Основна функція цієї підсистеми - навчитися спілкуванню з однолітками, у тому числі з урахуванням їх авторитету.

Межі

Межами системи або підсистеми є «правила, що визначають, хто і як бере участь у взаємодії» (Minuchin, 1974).

Кожна сім'я виробляє свої власні правила, а межі сімей мають неоднакову гнучкість і проникність. У деяких випадках межі надто ригідні (негнучкі), що ускладнює адаптацію членів сім'ї до нової ситуації. Проникність кордону характеризує можливість подолання членами сім'ї кордону системи або підсистеми. Іноді сімейні кордону відрізняються високою проникністю, тоді кордони стають дифузними або невизначеними, що веде до надмірного доступу (втручання) в сімейну систему інших членів сім'ї чи суспільства. Деякі сім'ї мають непроникні кордони з зовнішнім світом або між підсистемами сім'ї, що обмежує необхідний доступ один до одного або можливість сполучатися з зовнішнім світом.

Дисфункційні сім'ї

Сімейні психотерапевти вважають сімейну систему тою, що адекватно функціонує в тому випадку, якщо вона забезпечує взаємну підтримку і автономію окремих своїх членів. Забезпечення динамічної рівноваги між різноспрямованими функціями - забезпечення підтримки та надання автономії - це завжди компроміс. Для оцінки адекватності сімейного взаємодії слід відповісти на питання: «Чи надає сім'я можливості для задоволення потреби у розвитку всіх її членів?». У разі негативної відповіді сімейна система вважається дисфункційною.

Створення терапевтичної системи

Техніка системної сімейної психотерапії в своїй основі містить зусилля психотерапевта, спрямовані на те, щоб стати частиною сімейної системи. Таким чином, психотерапевт і сім'я об'єднуються для створення нової тимчасової системи, відомої як терапевтична система. Отже, техніка починається з приєднання психотерапевта до сімейної системи для того, щоб стати «внутрішньосистемним» каталізатором терапевтичних змін.

Психотерапевтичний процес

Існує три методологічних принципи системної сімейної психотерапії: циркулярний, гіпотетичність і нейтральність.

Циркулярність

Всі події, які відбуваються в сім'ї, підкоряються не лінійній причинності, а круговій. Подія А не є наслідком події Б; подія А породжує подію Б точно в такій же мірі, як подія Б породжує подію А.

Широко використовується техніка, що називається циркулярним інтерв'ю. Психотерапевт спілкується з сім'єю, задає їй запитання, уважно стежить за тим, щоб члени сімей, що перебувають у конфлікті або в афекті, не спілкувалися між собою на прийомі. Люди повинні спілкуватися через терапевта, а якщо вони хочуть, вірніше, якщо терапевт вважає, що їм треба поговорити один з одним на певну тему, тоді психотерапевт каже - запитайте, скажіть, поговоріть ...

Циркулярне інтерв'ю - це непрямі питання, що задаються в певній послідовності різним членам сім'ї на певні теми.

Гіпотетичність

Наступний методологічний принцип - це гіпотетичність. Основна мета спілкування терапевта з родиною - перевірка гіпотези про мету і сенс сімейної дисфункції. Як уже було відзначено вище, основне питання, яке задає собі сімейний психотерапевт: «Навіщо в родині відбувається те, що відбувається?».

Нейтральність

Нейтральність - це спокійне, співчуваюче, доброзичливе ставлення до кожного члена сім'ї в рівній мірі, що б там не відбувалося.

Головні кроки сімейної системної психотерапії:

1. Об'єднання психотерапевта з родиною, приєднання його до пропонованих родиною ролей.
2. Формулювання психотерапевтичного запиту.
3. Реконструкція сімейних відносин.
4. Завершення психотерапії та від'єднання.

Особливий акцент у даному напрямку ставиться на цілісності сімейної системи. Сімейні психотерапевти приділяють пильну увагу взаємодіям та іншим проявам активності членів сім'ї, що дозволяє зрозуміти організацію, або структуру, сім'ї. Те, яким чином, коли і з ким члени сім'ї взаємодіють, має вирішальне значення для розуміння і подальшої терапевтичної зміни сімейної структури.

НАПРЯМОК ГЕШТАЛЬТ - ТЕРАПІЇ

Гештальт-терапія по праву вважається мистецтвом контакту та входить в двадцятку провідних напрямів психотерапії, широко визнаних та розповсюджених на європейському та світовому рівні (Л.Дідковська).

Гештальт виник як окремий напрям завдяки інтуїтивним відкриттям Фріца Перлза та міститься на перетині психоаналізу, тілесної психотерапії, феноменологічних та екзистенціальних підходів, різних напрямів східної філософії.

Гештальт, будучи одночасно інтра-, інтер- і транс персональним підходом досліджує цілісність і єдність п'яти головних вимірів людської істоти:

- 1)фізичний; 2)емоційний;
- 3)когнітивний; 4)соціальний;

5)духовний.

Сучасна гештальт-терапія застосовується в різних цілях, формах і контекстах, серед яких:

- індивідуальна гештальт-терапія;
- подружня та сімейна;
- групова терапія або групи особистого розвитку;
- спеціалізована гештальт-терапія (робота з узалежненнями, порушеннями адаптації, у кризових центрах, психіатричних закладах тощо);
- консультування організацій, підприємств і багато інших сфер застосування.

Перлз ввів в свою теорію термін гештальт-психології і дав назву всьому психотерапевтичному напрямку - *гештальт*. Це поняття, що відноситься до законів сприйняття і означає цілісність і структурність, переноситься на мотиваційну сферу людини. Виникнення і задоволення потреби розглядається як процес виникнення і завершення гештальта. Кожна потреба прагне до свого задоволення-завершення, і якщо цього не відбувається, порушується весь процес утворення нових потреб, так як незадоволена потреба або незавершений гештальт забирає енергію людини, знову і знову намагаючись бути завершеним. Так, дитина, яка недоотримала визнання і похвали від батьків, у своєму дорослому житті буде компульсивно вчиняти дії, спрямовані на отримання визнання (брати участь у конкурсах, домагатися високого соціального статусу і т. п.). При цьому всі інші потреби, наприклад у теплих стосунках з людьми, творчому самовизначенні, будуть блоковані, оскільки незадоволена потреба буде забирати всю енергію людини.

Крім терміна «гештальт» з гештальт-психології було взято і уявлення про *організм / поле навколишнього середовища*. Психологічні явища існують тільки на кордоні контакту людини і навколишнього його середовища. Тільки із зовнішнього середовища людина може отримати задоволення власних фізіологічних і духовних потреб.

При взаємодії з полем навколишнього середовища людина здійснює *цикл контакту*, що включає в себе наступні стадії: *предконтакт, контакт, фінальний контакт і постконтакт*. На стадії предконтакту виникає потреба, на стадії контакту людина вибирає з-поміж інших об'єкт, який може задовольнити потребу, під час фінального контакту зникає межа між об'єктом і суб'єктом. В постконтакті організм відділяється від середовища, асимілює набутий досвід, і, таким чином, цикл контакту завершується.

Подання про кордон контакту визначає специфіку взаємин терапевта і клієнта в гештальт-терапії. Тут їх зустріч - це не зустріч всезнаючого і великого гуру з недосвідченим учнем, це екзистенційна зустріч двох людей. У зв'язку з цим особливе значення має те, що кожна з особистостей виносить на *кордон контакту*. Особистість психотерапевта, його спонтанні реакції і дії стають найважливішим елементом терапії. У гештальт-терапії терапевт має право говорити про свої почуття, виносити на кордон контакту будь-які емоції, що виникають при взаємодії з клієнтом, більш того, його почуття стають одним з інструментів терапії.

У гештальт-терапії виділяються наступні невротичні механізми або, як їх ще називають, механізми опору, *механізми переривання контакту*, які, по суті, є психологічними захистами. Необхідно зазначити, що кожен з них спочатку служить цілком здоровим способом пристосування до навколишнього середовища, і тільки стаючи звичними, стереотипними, вони перетворюються в дисфункційні, невротичні реакції.

Злиття (конфлюенція). При включенні механізму злиття людина перестає розмежовувати «я» і «не-я», він знаходиться у злитті з навколишнім світом. У такій ситуації неможливо визначити, де власні почуття і бажання, а де почуття і бажання іншої, де я, а де ти. Так, в сім'ях буває настільки близька зв'язок її членів, що будь-які індивідуальні відмінності і прояви ігноруються.

Дізнатися таку людину можна по частому використанню займенника "ми". У груповій терапевтичній роботі такий клієнт говорить від імені всієї групи: «Ми не хочемо говорити про цю проблему, нам нудно». Злиття в «ми» - це втеча від відповідальності, від необхідності прийняття власних рішень.

Інтроекція. Для ілюстрації механізму інтроекції Перлз проводить аналогію з процесом травлення. Людині необхідно отримувати із зовнішнього середовища їжу, яку вона пережовує, перетравлює, засвоює те, що їй необхідно, і відриває непотрібне і надлишкове. Засвоєна їжа стає частиною організму. Якщо ж шматок їжі проковтнутий без пережовування і без бажання, то порушується весь процес травлення.

Процес психологічної асиміляції подібний з цим фізіологічним процесом. Громадські норми, моральні цінності, правила поведінки, як і їжа, є частиною зовнішнього світу, яку людина приймає в свій організм. І точно так само як неперетравлена їжа не може бути засвоєна організмом, некритично сприйняті думки і установки, «проковтнув повністю» (тільки тому, що це сказав авторитет, або це модно, або в це вірить більшість), відкладаються в клієнті важким вантажем. Такі установки будуть жити всередині людини і керувати ним, проте не будуть асимільовані і інтегровані в особистість.

У певних життєвих ситуаціях інтроекція, як і інші захисні механізми, може бути адаптований формою поведінки. Наприклад, маленькій дитині необхідно засвоїти, що не можна розмовляти з незнайомими дорослими на вулиці, що не можна чіпати оголені дрони і т. п.; студент перед іспитом «проковтує» величезну кількість інформації і отримує оцінку (проте всім відомо, наскільки «міцними» виявляються такі знання).

Часто з інтроекцією пов'язане і вживання дієслова «повинен» (наприклад, «я завжди і у всьому повинен бути першим»). Виникає питання - кому винен, чому винен і т. п.

Проекція. Механізм проекції протилежний інтроекції. Якщо при інтроекції суб'єкт переносить всередину себе щось належне зовнішнього світу і не може відокремити це щось від самого себе, то при проекції щось внутрішнє, що належить суб'єкту переноситься на зовнішній світ. Людина приписує оточуючим свої власні думки і почуття. Цей процес можна порівняти з кінопроектором, який проектує зображення на білий екран. Ми бачимо зображення, хоча, по суті, екран залишається білим і на ньому немає нічого такого, чого немає на плівці, що знаходиться всередині кінопроектора. Те ж саме відбувається і в процесі психологічної проекції.

Ретрофлексія. При ретрофлексії людина виходить на контакт з навколишнім середовищем, але потім повертає самому собі те, що було направлено назовні. Емоції, реакції, дії, призначені іншим людям, змінюють напрям і звертаються до суб'єкта. Наприклад, людина б'є себе кулаком по коліну, коли гнівається, або гладить по волоссю, коли йому хочеться прийняття та ласки. Ретрофлексія виникає тоді, коли з яких-небудь причин людина не може відреагувати накопичені у неї емоції назовні. Наприклад, дитина, яку образили батьки, не може проявити свій гнів, вона змушена придушити його. Однак енергія гніву не зникає, а тільки змінює свою спрямованість, перетворюючись на аутоагресію, а потім і в почуття провини. Вищою формою ретрофлексії є самогубство, коли людина вбиває себе, замість того щоб помститися людям, які змусили його страждати. Вважається, що багато психосоматичних хвороб стають результатом ретрофлексії.

Дефлексія. Під дефлексією мається на увазі відхід від реального контакту, коли зберігаються лише зовнішні атрибути взаємодії при відсутності внутрішнього змісту. Цей механізм застосовується для зняття емоційного напруження, який супроводжує будь-який реальний контакт. Звичайною формою дефлексії стають світські розмови, надмірна балакучість, ритуали, уникнення прямого погляду в очі співрозмовнику і т. п.

Гештальт-терапія орієнтована на делегування кожній людині значної частини власної відповідальності за своє життя: «Важливо не те, що зробили з мене, а те, що я сам зробив з того, що зробили з мене» (Жан-Поль Сартр).

Таким чином, гештальт-терапія робить акцент на усвідомленні актуального досвіду клієнта (так зване «тут і тепер», яке охоплює різноманітні прояви пережитого раніше) й реставрує досвід емоційних і тілесних відчуттів, які надто часто блокуються «цензурою». Гештальт сприяє глобальному усвідомленню того способу, яким ми діємо: творчого пристосування до оточення, інтеграції актуального на цей момент досвіду, внутрішніх стійких механізмів захисту.

Гештальт допомагає якнайкраще пізнати та прийняти себе таким, яким ти є, а не намагатися змінитися відповідно до реального або ідеалізованого еталону – індивідуального чи соціального, внутрішнього чи зовнішнього, філософського чи релігійного.

Бути тим, хто я є, перед тим, як спробувати стати кимось іншим – саме в цьому полягає «парадоксальна теорія змін» в Гештальті.

У психотерапевтичній практиці ці принципи зводяться до особливого методу роботи у феноменологічному стилі, який спирається на певні технічні прийоми та полягає в намаганні гештальт-терапевта більше описувати, ніж пояснювати, прагнути нейтралізувати власні особистісні призьми сприйняття та оцінювання. За такого методу роботи психотерапевт стає активним учасником події – зустрічі, так званого діалогу «Я» - «Ти» (за Мартином Бубером) – одного з фундаментальних понять гештальт-терапії. Такий діалог вимагає від терапевта трьох умов;

- 1) демонстрація своєї присутності, тобто застосування власного досвіду та феноменології терапевта;
- 2) включеність – терапевт включає себе в досвід та феноменологію клієнта;
- 3) запрошення до партнерського діадного діалогу для справжньої «зустрічі» з клієнтом.

Основними цілями гештальт-терапевта в психотерапевтичному процесі вважаються:

- стимулювати можливий контакт;
- дати можливість клієнтам чути та бачити «іншого»;
- моделювання терапевтом, який говорить клієнту що він насправді відчуває, нового способу поділитися своїм досвідом.

Таким чином, терапевтична ситуація в Гештальті – це завжди співробітництво, де одна особистість впливає на іншу, і в якій ні в терапевта, ні в клієнта немає внутрішнього шляху в «реальність». Реальності організуються та конструюються феноменологічно в процесі терапевтичної взаємодії. (цит. по Л.Дідковська, 2009)

У гештальт-терапії немає жорстких критеріїв того, якою повинна бути людина. Гештальт-терапевти дотримуються теорії парадоксальних змін: людина починає змінюватися тоді, коли він починає приймати себе такою, якою вона є, а не тоді, коли вона намагається бути тим, ким не є. З цього приводу Перлз казав: «Не штовхай річку, вона сама тече» (Перлз, 1995).

Людина вчиться бути відповідальною за себе і свій вибір, за свої контакти з оточуючими, стає автентичною особистістю - цілісною, яка усвідомлює свої потреби, можливості та межі, відкритої всьому новому, яку належить мати власні почуття, здатної до творчого пристосування до навколишнього середовища.

НАПРЯМОК ПСИХОДРАМИ

Психодрама - це психотерапевтичний метод, в якому риси особистості, міжособистісні зв'язки, конфлікти та емоційні проблеми досліджуються за допомогою спеціальних драматичних методів.

Якоб Леві Морено був першим, хто відкрив гру для психотерапії. **Головний засіб психодрами - програвання подій суб'єктивної реальності.** Особлива цінність гри в психотерапії полягає в тому, що вона поєднує в собі свободу і направлену орієнтацію, реальність і фантазію, дію і символ. Психодрама дозволяє сміливо експериментувати з долею, змінювати ролі і життєвий сценарій.

Імпровізація, спонтанність - головні атрибути життя, і саме вони лежать в основі механізмів психодрами.

Одиниця аналізу в теорії Морено - соціальний атом, тобто людина у відносинах з оточенням. **Соціальний атом** визначається як найменший елемент структури відносин, що складається з усіх зв'язків між людиною та іншими людьми, які знаходять своє вираження в поведінці і уяві.

Причиною невротичного розладу Морено вважав порушення рольового розвитку. Вони можуть бути обумовлені спадковістю, відсутністю внутрішньої безпеки, зовнішніми умовами. В якості зовнішніх умов Морено розглядав економічні, суспільні фактори, погане здоров'я, міжособистісні відносини.

Інше важливе поняття, яким користується Морено, - **роль.** Дитина народжується з потребою діяти, грати ролі. Цю властивість Морено назвав **акціонального голодом.** Він характерний для здорової особистості. Дії невротика блокуються страхом, та він не здатний освоювати і приймати на себе ролі.

Морено виділяє чотири категорії, що відповідають різним рольовим рівнями: **соматичні, психологічні, соціальні і трансцендентальні ролі.** Вони відповідають різним реальностям, в яких живе і функціонує людина. Використання соматичних ролей пов'язано з підтриманням життєдіяльності організму (наприклад, статевая роль). Соціальні ролі визначаються способом взаємодії людини з соціальною реальністю, його статусом (наприклад, чоловік). У психологічній ролі відображається спосіб переживання людиною дійсності. Вона визначає характер виконання соматичних і соціальних ролей. Трансцендентальні ролі підпорядковують собі інші ролі, поглинають їх, вони більше і значніше інших рольових категорій. Наприклад, в соматичній ролі людина здійснює статевий акт, у психологічній переживає закоханість, виступає в соціальній ролі нареченого, а в трансцендентальній ролі є люблячим.

Ще одна причина виникнення порушень - **рольовий конфлікт.** Розрізняють інтра-і інтерролевою, інтра-і інтерперсональний конфлікти.

Інтра рольовий конфлікт обумовлений тим, що будь-яка роль складається з парціальних (приватних) ролей, деякі з них можуть відхилятися або погано освоюватися. Наприклад, керівник може добре справлятися з прийняттям рішень, плануванням, але відчувати труднощі при мотивуванні підлеглих, оцінці їх праці, заохочення і покарання.

Інтерролевою конфлікт розгортається при суперечності двох або кількох ролей. Такий конфлікт може виникати у молодій жінки між професійною роллю та роллю матері.

Інтраперсональний конфлікт тягнеться з минулого. Особистість ніколи цілком не розлучається з жодною личиною. Кожна нова маска, нова роль нашаровується на попередню, і вони визначають риси нової маски, формують і деформують нову роль.

Наприклад, молодий люблячий чоловік не проявляє турботи і ніжності щодо дружини, тому що ця модель поведінки не засвоєна їм у дитинстві. Він не бачив емоційності батька, так як вона блокувалася матір'ю. Переживання почуттів і нездатність їх висловити призводять і до переживання інтраперсонального конфлікту.

Інтерперсональний конфлікт виникає між різними людьми, якщо вони знаходяться в дивергентних ролях, наприклад один і той же чоловік по відношенню до іншого може бути і начальником, і другом: дії в ролі начальника часто не відповідають очікуванням від ролі друга. Тому одночасне існування в таких ролях потенційно несе конфлікт.

Основні терапевтичні фактори

Ефект групової взаємодії. Учасник психодрами включається в соціальний атом, де задані нові норми спілкування, складаються нові міжособистісні зв'язки, і ці зміни потім входять в його життя за межами психодрами.

Він починає встановлювати з людьми стосунки, які Морено назвав **теле-відносинами** - це справжні зв'язки між людьми, що розвиваються на соматичному, психологічному, соціальному і трансцендентальній рівнях. Вони можуть бути і позитивними, і негативними, в них може бути і притяжіння, і відштовхування, і любов, і ненависть, головне їх якість - реалістичність, що веде до розуміння. Їх вершиною стає Зустріч - спілкування з іншою людиною як з Ти.

Психодраматичний група стає частиною соціального атома людини. Впливаючи на форму соціальних зв'язків, вона змінює орбіту руху особистості в зовнішньому і внутрішньому світі.

Результативність даного методу ґрунтується на цілющій ефект групової взаємодії. Тому в психодрамі багато уваги приділяється груповій динаміці. Існують навіть групи, фокусом яких стає розвиток групового процесу, взаємодія в ситуації «тут і зараз». Їх робота концентрується на особливостях міжособистісного сприйняття і взаємодії, повторюваних зразках поведінки, стосунки в групі.

Спонтанність і креативність як результат і умова психодраматичної дії. Життя в психодраматичній групі набуває особливого статусу, формується як специфічна реальність, в якій учасники можуть експериментувати з різними життєвими перспективами, ролями, формами поведінки. Спонтанність і креативність Морено розглядає як показник і одночасно фактор особистісного розвитку. Спонтанність - це дія щодо ситуації, творча імпровізація. Прояв спонтанності подібний течії струму. Він вибирає те русло, в якому може вільно текти, і поглиблює його. Як струмочок не тече в одному напрямку, так і людина поводить відповідно до ситуації «тут і зараз». Спонтанність означає не свавілля, випадковий імпульс, а дію, найбільш відповідну актуальному стану людини, в якій інтегруються глибинні потреби.

Один з провідних сучасних теоретиків психодрами П. Ф. Келлерман узагальнив **основні терапевтичні фактори** в сім категорій.

1. Мистецтво терапевта (компетентність, особистість).

2. Емоційне відреагування (катарсис).
3. Інсайт (саморозуміння, знання себе, інтеграція, реконструкція сприйняття).
4. Міжособистісні відносини (зустріч, «тілі», дослідження переносів).
5. Поведінкове навчіння і навчіння дією (відігування в дії, навчання новій поведінці).
6. Імітаційне моделювання уявного (поведінка «начебто», гра, символізація).
7. Неспецифічні терапевтичні фактори (навіювання).

Учасники психодрами

Протагоніст - головний герой психодрами. Він пропонує ситуацію для розігрування, її постановку, і сам грає. Діючи в ній, а потім беручи участь в обговоренні, він набуває більш повного бачення ситуації, себе та інших людей, формує нові поведінкові зразки.

Допоміжне Я - це члени групи, яких протагоніст вибирає для зображення відсутніх учасників розігрується зчепи. Допоміжне Я може отримати роль реальної особи, але може грати і образ з сновидіння, субособистість, частину тіла, річ, ідею - все те, що представляє світ протагоніста в чуттєвої тканині, робить його конкретним і відчутним.

Ведучий психодрами - терапевт. Він несе відповідальність за організацію сеансу, керує ним, вибирає відповідні техніки, регулює емоційну напруженість і включеність учасників. Психодраматист (або директор психодрами) виконує чотири функції: аналітика, режисера, терапевта та ведучого групи.

**НАВИЧКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДИНІ,
ЩО ПЕРЕБУВАЄ В СТАНІ КРИЗИ**

Криза (krisis – грецьк.) – переломний момент.

- *Це є гострий і обмежений в часі феномен, який суб'єктивно переживається як приголомшлива емоційна реакція на стресову ситуацію або подію, соціальну ситуацію або подію, період психосоціального розвитку, катастрофу, стихійне явище, або суб'єктивне сприйняття цієї події.*

Криза є порушенням психологічного гомеостазу – внутрішньої рівноваги. Криза є порушенням звичайних способів адаптації до зовнішнього середовища внаслідок їх недостатності, порушення емоційної рівноваги. Тобто, випробувані або звичні методи адаптації не спрацьовують, вони є недостатніми. Як наслідок відбувається порушення гомеостазу - зниження самооцінки і самоповаги. Це є ситуації дестабілізації, які неможливо подолати звичними способами.

Якщо людина відчуває свою *безпорадність* в ситуаціях, в яких вона дійсно є безпорадною, то це може врятувати її самооцінку і самоповагу.

Кризи можуть призвести:

- ✓ до розвитку, переходу на більш зрілий рівень
- ✓ до регресії, тобто переходу на нижчий рівень
- ✓ до руйнування стосунків, системи

При кризі важливо не те, що сталося, а *суб'єктивна реакція* на ці події. *Суб'єктивна реакція* людей може бути майже незначною тоді, коли вони звикли до періодичних стихійних явищ. Криза є не обов'язково чимось глобальним, так як одні і ті ж самі чинники можуть сприйматись людьми по-різному. Суб'єктивна реакція впливає на тривалість кризового стану.

Криза є боротьбою особистості за збереження емоційної рівноваги і адаптації у випадках, коли проблеми сприймаються як катастрофічно неподолані. Тоді спрацьовують дві стратегії: *боротьби* або *уникання*. Вибір певної стратегії залежить від того, як людина найчастіше діє в кризових ситуаціях. Напр., засвоєна стратегія уникання (втечі) не завжди може допомогти. Це означає, що перебуваючи в кризовому стані людина вдається до ірраціональних дій та не помічає раціональних. Вона бачить вузько, як в тунелі, не помічаючи альтернативи.

Чинники, провокуючі кризу

Як правило, криза – це результат переплетення дії різних чинників які можуть мати різне значення в залежності від контексту ситуації.

Зовнішні чинники – це те, що відбувається з людиною, напр., психотравмуюча ситуація.

Внутрішні чинники – це те, як ми переживаємо, напр., життєві кризи.

Коли людина звертається за допомогою, вона завжди говорить про зовнішні чинники, навіть якщо це стосується життєвих кризів, тобто вона шукатиме винних зовні.

Наомі Голан проводить відмінність між небезпечною подією і пусковим чинником:

Небезпечна подія – це первинний шок або збільшення внутрішньої напруженості, яке викликає серію реакцій, що приводять до кризи. Небезпечну подію можна передбачити.

Пусковий чинник – те, що виражене прислів'ям «крапля, що переповнила чашу». Це завершальна стресова подія в цілій серії таких подій, яка занурює людину в кризу. Пусковий чинник не завжди легко визначити. Особливо якщо проблема вже існувала протягом тривалого часу. В цьому випадку корисно запитати: «Що такого сталося саме сьогодні, що змусило Вас звернутися за допомогою?».

Наперед неможливо знати, що стане фактором, який викличе кризу, так як одні і ті ж самі речі можуть викликати різні реакції у однієї і тієї ж людини. З іншого боку – одні і ті ж чинники мають різне суб'єктивне значення для людей.

Але існують універсальні кризові явища:

- втрата здоров'я;
- втрата роботи, грошей і т.д.

Будь-яка криза приводить до втрати психічної рівноваги (дезадаптації). В залежності від того, якого роду є дезадаптація, людина може потребувати невідкладної медичної, психотерапевтичної, юридичної допомоги.

Види криз

- 1) *Криза життєвих змін* – зумовлена очікуваними і звичними подіями в процесі життя (школа, одруження, народження дітей, старіння, вихід на пенсію, відхід від батьків і т.п.).
- 2) *Ситуаційні кризи* – ситуації різкої зміни контексту життя людини (соціально - економічного, зміна місця життя, роботи, смерть близької людини, зміна фінансового становища, розлучення, проблеми з навчанням).
- 3) *Травматичні кризи* – переживання катастрофи, стан безсилля. Невідповідність між загрозливими чинниками та можливістю захистити себе. Це є те, що виходить за рамки здорового глузду.

Психотравма – подія, яка визначається раптовістю, силою, безвихіддю (ні втекти, ні боротися).

Перебіги криз

Травматична криза

- 1) *Фаза шоку*, оніміння. Її тривалість від декількох секунд до декількох годин.
- 2) *Фаза реакції* (боротьба або втеча) – це емоційна дестабілізація. Напр., розпач, який змінюється апатією; безнадія, яка змінюється злістю та агресією, фізичними коливаннями (серцебиття, пульс, артеріальний тиск).
- 3) *Фаза обробки* (переорієнтації) – знаходження виходу з кризи.

Кризи життєвих змін

Народження, смерть, розлучення, переїзд з батьківського дому, біологічні зміни, соціальні зміни, які впливають на всіх.

Фази:

- 1) *Конфронтація з подією* (нагадує шок).

(Конфронтація – жорстке протистояння, протиборство, зіткнення поглядів, принципів, життєвих систем.)

2) *Вирішення або неможливість вирішення*, тобто вирішення звичними способами, а якщо це не вдається, то виникає відчуття поразки. І тоді виникає наступна фаза.

3) *Фаза мобілізації* – спроба вийти на новий рівень коли старе не допомагає; або відступ і посилення відчуття поразки.

4) *Повна картина кризи*. Криза з внутрішнім паралічем або вихід на новий рівень адаптації. Напр., коли людина приймає своє безсилля, вона адаптується до ситуації. Її тривалість від кількох днів до 6 тижнів. Якщо більше, то криза стає хронічною або виникає *посттравматичний стресовий розлад*.

Спектр емоційних переживань людини, що опиняється в кризовому стані може бути різним: тривога, паніка, дисоціація і т.п.

ДІАГНОСТИКА СУЇЦІДАЛЬНОГО НАМІРУ

| Важкість суїцидального наміру | Критерії |
|-------------------------------|---|
| Відсутній | Суїцидальних думок та планів немає |
| Слабкий | Виникають суїцидальні думки, проте немає конкретних суїцидальних планів. Спостерігаються окремі фактори ризику |
| Помірний | Присутні суїцидальні думки, є загальний суїцидальний план. Самоконтроль не порушений; пацієнт може назвати декілька причин за якими варто жити, «не збирається» закінчувати життя самогубством. Є декілька факторів ризику |
| Сильний | Суїцидальні думки з'являються часто та мають інтенсивний характер. Суїцидальний план продуманий детально та у випадку реалізації приведе до летального наслідку. Засоби для виконання плану доступні, ресурсів допомоги не достатньо. Самоконтроль під питанням, проте пацієнт «не має бажання» покінчити з життям. Можуть бути присутні численні фактори ризику. |
| Надзвичайно виражений | Ті самі характеристики, що і в попередньому пункті, за виключенням того, що пацієнт явно виражає намір покінчити з життям при перші же можливості. Присутні багато чисельні фактори ризику |

Кризові інтервенції

(Лат. *interventio* — втручання)

Кризові інтервенції - це психотерапевтичне втручання, яке зосереджене виключно на актуальній кризі з метою відновлення емоційної рівноваги, сприяння більш зрілим способам подолання кризи та попередження виникнення деструктивних змін поведінки

Мета кризової інтервенції полягає в тому, щоб допомогти пацієнтові:

- упоратися з травмою;
- пристосуватися до нової ситуації;
- повернути пацієнта до колишнього рівня функціонування.

Кризові інтервенції залежать від характеру кризи:

- ◆ *Як оточення реагує на потерпілого?*
- Відновлення стосунків з найближчим оточенням.
- ◆ *Чи є хтось хто підтримає і не засуджує?*
- Задіяння оточення.
- Створення надійних приймаючих стосунків з оточенням.
- Далі крок до життя і відновлення.

Три рівні кризової інтервенції

- 1) *Профілактична.* Профілакувати можна те, що є передбачуваним: вікові кризи, вагітність, втрату дитини, смерть близьких.
- 2) *Безпосередні кризові інтервенції.*
- 3) *Реабілітація* стосується тих, хто пережив кризу. Напр., після катастрофи у того, хто вижив виникає почуття провини за те, що інші загинули, а він живий, що не зумів надати їм допомоги, уберегти.

Завдання кризових інтервенцій:

- Відновлення емоційної рівноваги і сприяння подоланню проблеми, а також сприяння розвитку майбутніх більш адаптивних способів подолання кризи.
- Орієнтація на реальність, що вимагає від клініциста виходу за межі стандартної ролі.
- Кризова інтервенція може мотивувати пацієнта до подальшої психотерапії.

Перший контакт

- Щоб допомогти людині, яка перебуває в кризі, необхідно вступити з нею в *психологічний контакт*, так як вона не є в контакті із собою. Запитання можуть бути навіть на такому рівні : «На скільки добре Ви чуєте мене?».
- Під час першого контакту буде корисно отримати деяку інформацію, таку як ім'я пацієнта, стан його здоров'я, доступна йому система соціальної підтримки і так далі, але кризовий пацієнт не повинен піддаватися тривалій процедурі оцінки, тривалим розпитуванням.
- Консультантові слід спробувати заспокоїти пацієнта, прояснити завдання і запропонувати йому поговорити. Гарний кризовий терапевт – гарний слухач.
- В розпал кризи люди втрачають ясний погляд на речі. Їх переповнюють думки і відчуття. Їм важко розставляти пріоритети, і, як результат, їх дуже турбує те, що їм невідкладне, але при цьому вони схильні уникати або ігнорувати більш невідкладні проблеми, з якими вони здатні впоратися. Напр., поїсти, добратися додому і т.п. На

перших порах важливо дати розуміння, наскільки людина зараз почувається розгубленою та безсилою.

- Коли людину переповнюють емоції, консультант повинен допомогти їй заспокоїтися, відвівши в тихе місце, запропонувавши стакан води і потім поговорити про її переживання. Посидіти з пацієнтом в тиші або дозволити йому поплакати деякий час дуже корисно, так як важливо буде допомогти йому спробувати виразити невимовне.
- Пацієнтам, що знаходяться в стані емоційного заціпеніння, консультант може вказати на звичайні відчуття, які більшість людей могли б відчувати в подібних обставинах, і подумати разом із страждаючим, які відчуття можуть бути прихованими від нього. Але також важливо пам'ятати, що емоційне заціпеніння служить відведенню непереборного афекту. Важливо, щоб консультант поважав захисти пацієнта і давав йому час, щоб він міг дозволити почуттям, пов'язаним з пережитим, піднятися на поверхню.
- Дуже часто зустрічаються люди, що переживають почуття вини за те, що вони вижили в трагедії, в якій інші не загинули. Кризовому консультантові потрібно стежити за натяками на суїцид у цих пацієнтів і допомагати їм оплакувати їх втрати, заохочуючи до розмови про людей і речі, яких вони втратили. Інколи буває корисно запитати людину, чи хотіли б її загиблі кохані, щоб вона так страждала або була щасливою протягом подальшого життя? *Це зазвичай зміщує фокус з вини на прихований під нею сум.*
- Тим, хто відчуває, що вони могли якимось чином стати причиною поєні або землетрусу, або могли щось зробити, щоб врятувати свою сім'ю – важливо допомогти усвідомити, наскільки потужною була стихія, з якою їм довелося зіткнутися, усвідомити страх того моменту, і знову-таки, допомогти їм оплакати свої втрати.
- Кризове консультування за своєю природою дуже короткострокове. Багато інтервенцій (втручань) здійснюються повністю протягом однієї сесії (зустрічі). Якщо консультант зустрічається з пацієнтом ще раз, це добре, але корисно розглядати кожну сесію як інтервенцію саму по собі. Кризова інтервенція повинна закінчитися складанням конкретного плану, якому пацієнт слідуватиме. План має бути записаний і відданий йому.
- Для кризового консультування нормально, якщо він виражає сум і гнів у зв'язку з трагедією, з якою зіткнувся пацієнт, дає поради і бажає пацієнтові успіху. Хоча в психотерапії фізичний контакт уникається, у розпалі катастрофічних подій нерідкими бувають обійми. Інколи утішливий дотик або обійми можуть мати величезне значення.

Робота з дітьми в кризових станах

Велика частина вищесказаного відноситься і до дітей. Значна відмінність, проте, полягає в тому, що коли діти розповідають свою історію, вони швидше говоримуть на мові гри і метафор, що створюється їх уявою. Тому робота з дітьми має деякі особливості:

- Зустрічаючись з дитиною, що пережила травматичний досвід, корисно буде мати при собі коробку олівців, блокнот паперу і побільше іграшок або ляльок. За допомогою паперу і олівців дитина зможе намалювати малюнок і таким чином відтворити історію психологічної травми.
- Щоб консультантові було легко зрозуміти метафору, можна попросити дитину поговорити про малюнок. Клініцистові не слід запитувати: «Що це?», краще уточнити: «Що ти можеш мені про це розповісти?» «Що сталося перед цією сценою, яку ми бачимо на малюнку?» «Що станеться далі?».
- Таким чином у консультанта і дитини з'являється можливість почати діалог про «чудовисько», «війну», «великого звіра», або про будь-яку іншу метафору, яку можна використовувати для розмови про переживання дитини, пов'язані з її травматичним досвідом.
- Якщо дитина пробуджується від пов'язаних з травмою кошмарів, то малювання картинок і розповідь історії також будуть корисною технікою. Коли дитина має можливість намалювати свій сон і розповісти про нього історію, це часто робить її здатною якоюсь мірою дистанціюватися від цього кошмару і трохи краще з ним справлятися.
- Бажано, щоб дитина мала безпечне місце, де можна було б гратись. Кризові консультанти мають бути готові до того, що діти втрачатимуть зненацька душевну рівновагу. Це відбувається тому, що коли дитина почуває себе в безпеці, вона починає дозволяти спогадам і почуттям виходити на поверхню, і раптово може просто розплакатися.
- Допоможіть дитині відчувати себе в її тимчасовому притулку як вдома. Вона радітиме іграшці, за яку зможе «триматися» і яка допомагатиме їй зберігати деяке відчуття безпеки в цей хаотичний у всіх інших стосунках час.

Клініцисту важливо пам'ятати наступне, консультуючи людей в кризових станах:

- Ми не захищаємо *жертву*, а підтримуємо *автора* свого життя.
- Конфронтувати з нереалістичною поведінкою (Напр., пацієнт говорить: «Зробіть так щоб цього не було». Консультант може відповісти йому: «Ви вважаєте мене настільки всемогутнім?»).
- Вказати на деструктивні та адаптивні способи поведінки; що посилює кризу, а що зменшує – альтернатива тунельного бачення.
- Не відкладаємо нічого на завтра.
- Нетрадиційна роль клініциста, вихід за межі звичної для нього ролі.
- В період гострої кризи клініцист мусить зайняти директивну позицію.

- Не залишати нічого не проясненим.
- Клініцист більш залучений в ситуацію, більше співпереживає та співчуває.
- Якщо є ризик виникнення суїциду, прояснити це: «Чи я правильно тебе розумію (суїцид...), чи ми добре розуміємо один одного?».
- Прямі звернення – особливо коли близько до психотичних станів – це дає змогу відновити контакт.
- «Якщо я з ним розмовляю, то в змозі це витримати, а значить і він теж може витримати».
- Творчий підхід до кожного окремого випадку.

Кризовим консультантам варто розумно регулювати навантаження і темп своєї роботи, щоб не виявитися роздавленими. Якщо консультант відчуває себе розбитим, йому самому знадобиться кризова інтервенція.

Перша психологічна допомога в екстремальних ситуаціях

У зоні катастроф і терористичних актів лікарі швидкої допомоги, працівники сфери психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації повинні зорієнтуватися в ситуації та надати пацієнтам першу психологічну допомогу. Вона включає наступні етапи:

1. Встановлення контакту із пацієнтом у ненав'язливій і співчутливій манері. Для цього:
 - назвіть себе й опишіть свою роль;
 - попросіть дозволу поговорити;
 - поясніть цілі розмови;
 - запитайте про нагальні потреби.
2. Забезпечення безпеки й фізичного комфорту:
 - впевніться, що пацієнт перебуває у фізичній безпеці, допоможіть зробити оточення безпечнішим, розпитайте про потребу в медикаментах чи інших необхідних засобах (окуляри, милиці та інше);
 - повідомте інформацію про ситуацію, пошуково-рятувальні роботи та/або служби;
 - запропонуйте пацієнту забезпечити собі певний фізичний комфорт (щоб зменшити почуття безпорадності, бажано заохотити його подбати про такі чинники, як їжа, захист від вітру або освітлення);
 - запропонуйте різні форми соціального комфорту та допоможіть зв'язатися з іншими пацієнтами;
 - захистіть пацієнта від додаткових травм і потенційних нагадувань про них.
3. Емоційна стабілізація пацієнтів:
 - поважайте бажання пацієнта побути на самоті, дайте йому кілька хвилин, не робіть активних спроб втрутитися, спокійно помовчіть і залишайтеся поряд;

- скажіть йому, що ви тут, поблизу, якщо будете потрібні, або повернетесь до нього за кілька хвилин;
 - запропонуйте свою підтримку і допоможіть йому зосередити увагу на конкретних почуттях, думках і досяжних цілях;
 - заручіться підтримкою родичів/друзів;
 - відверто поговоріть про його нагальні проблеми або труднощі;
 - надайте інформацію, яка допоможе йому зорієнтуватися в оточенні;
 - попросіть вислухати вас, дивлячись вам в очі;
 - поясніть, де він знаходиться;
 - поговоріть про той аспект ситуації, який знаходиться під контролем, вселяє надію або має позитивний характер;
 - запропонуйте робити повільні і глибокі вдихи та видихи;
 - попросіть назвати п'ять нейтральних речей, що їх він може бачити, чути та відчувати.
4. Збирання інформації – з'ясуйте нагальні потреби та проблеми пацієнтів, що потребують їх вирішення або негайного направлення до спеціалістів:
- характер і тяжкість пережитого досвіду;
 - загибель близької людини;
 - тривоги щодо життєвських обставин і загроз після катастрофи;
 - розлука з близькими або тривога про їхню безпеку;
 - фізична хвороба, психіатричні розлади, потреба в медикаментозному лікуванні;
 - втрати, зазнані в результаті катастрофи;
 - потреби в додаткових допоміжних послугах.
5. Практична допомога пацієнтам, щоб задовольнити їх нагальні потреби:
- уточніть нагальні потреби;
 - обговоріть план дій;
 - посприйте пацієнтам дієво.
6. Встановлення зв'язку із джерелами соціальної підтримки:
- забезпечте зв'язок з основними особами, здатними надати підтримку (родичами тощо);
 - рекомендуйте пацієнтам звертатися за підтримкою до тих, хто зараз є на місці;
 - обговоріть способи пошуку та надання підтримки;
 - підшукайте можливих помічників;
 - поясніть пацієнту, як він може допомогти іншим.
7. Надання інформації щодо стратегії подолання стресу:
- розкажіть пацієнту про стресові реакції та їх подолання;
 - побудуйте розмову навколо індивідуальних реакцій пацієнта;
 - обговоріть можливі негативні та позитивні реакції;
 - уникайте патологізації реакцій;
 - обговоріть негативні та позитивні способи подолання стресових реакцій (зокрема – гніву, пригніченості, порушень сну).
8. З'єднання пацієнтів із суміжними службами та з установами, які надавали їм послуги до катастрофи, або які необхідні в даний момент:
- психіатрична допомога;
 - медична допомога;
 - духовна підтримка;
 - дитячі соціальні служби, школи.
- Перша психологічна допомога має на меті забезпечити безпеку пацієнта, встановити зв'язок із реабілітаційними ресурсами, послабити стресові реакції, допомогти пацієнту розвинути навички коротко- і довготривалого подолання стресу та зміцнити природну психологічну стійкість пацієнта.
- Не рекомендується проводити психологічний дебрифінг на загальній основі, не рекомендується неселективно використовувати психологічний дебрифінг після виникнення потенційно травматичної події. Після потенційно травматичної події рутинні психологічні консультації не рекомендується. Найкращим підходом до надання допомоги людям після

отримання ними потенційно травматичного досвіду є практична та емоційна підтримка, заохочення використання адаптивних копінг-стратегій та соціальної підтримки.