

Львівський державний університет внутрішніх справ

Основи психологічної практики

Навчальний посібник

Львів
2022

УДК 155.923.018:616.89 (075.8)

К 89

Рекомендовано до друку та поширення через мережу Інтернет
Вченою радою Львівського державного
університету внутрішніх справ
(протокол від 29 вересня 2021 року № 2)

Рецензенти:

Є. Карпенко, доктор психологічних наук, професор кафедри практичної психології Інституту управління, психології та безпеки Львівського державного університету внутрішніх справ;

М. Миколайчук, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології та психотерапії Українського католицького університету

Кузьо О.

К 89 Основи психологічної практики : навчальний посібник.
Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. 124 с.

ISBN 978-617-511-345-5

Розглянуто основні положення та поняття психологічної практики, алгоритми роботи з найтиповішими психологічними труднощами та запитами клієнтів. Запропоновано техніки і завдання для формування та розвитку навичок, необхідних при фаховій взаємодії «психолог–клієнт».

Для здобувачів вищої освіти спеціальності 053 «Психологія», а також практичних психологів, психотерапевтів, соціальних та медичних працівників і тих, хто цікавиться проблемами ментального здоров'я.

The textbook presents the basic provisions and concepts of psychological practice, algorithms for working with the most typical psychological difficulties and customer requests.

Issues of specificity and interrelation of scientific, practical and everyday psychology, problems of formation of professional self-awareness, organization and methods of diagnostic process are analyzed in the textbook. Applied aspects of working with deep and intermediate beliefs, helping with depression, experiencing loss and overcoming anxiety are outlined. Neurotic, psychotic and borderline levels of personality organization development in clinical practice, their diagnostic criteria and psychotherapy strategies are described. The manual also contains a description of clinical cases from their own practice and diagnostic techniques. Techniques and tasks for the formation and development of skills required for professional interaction «client–psychologist» are proposed.

The textbook can be applied to study the discipline «Fundamentals of psychological practice (practical psychology)», «Practicum on psychocorrection» in specialty 053 «Psychology», as well as practical psychologists, psychotherapists, social and medical workers and those interested in mental health.

УДК 155.923.018:616.89 (075.8)

© Кузьо О., 2022

© Львівський державний університет
внутрішніх справ, 2022

ISBN 978-617-511-345-5

Зміст

Передмова.....	6
----------------	---

РОЗДІЛ I

ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ЯК ГАЛУЗЬ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Тема 1. ЗАГАЛЬНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ.....	10
1.1. Психологічна практика як особливий вид діяльності психолога.....	10
1.2. Визначення практичної психології: специфіка і взаємозв'язок наукової, практичної і побутової психології.....	13
1.3. Взаємозв'язок психологічного консультування, психотерапії та психокорекції.....	14
Практичні завдання.....	15
Питання для самоперевірки.....	16
Тема 2. ПРОФЕСІЙНІ ВИМОГИ ДО ОСОБИСТОСТІ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА.....	18
2.1. Особистість психолога як основне знаряддя його професійності.....	18
2.2. Психологія становлення та проблеми формування професійної самосвідомості. Професійна деформація та емоційне вигорання.....	20
Практичні завдання.....	23
Питання для самоперевірки.....	25
Тема 3. ІНДИВІДУАЛЬНІ ТА ГРУПОВІ СТРАТЕГІЇ В РОБОТІ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА.....	26
3.1. Сетинг у психологічній практиці.....	26
3.2. Переваги надання індивідуальної допомоги: механізми дії.....	27
3.3. Особливості психологічної допомоги в групі: механізми дії.....	30
Практичні завдання.....	39
Питання для самоперевірки.....	39

РОЗДІЛ II
ЗМІСТ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПРАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ

Тема 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ	42
4.1. Обстеження та його основні цілі.....	42
4.2. Процес побудови формулювання.....	46
Практичні завдання.....	48
Питання для самоперевірки.....	48
Тема 5. РОБОТА З ГЛИБИННИМИ («СХЕМАМИ») ТА ПРОМІЖНИМИ («ПРАВИЛАМИ ЖИТТЯ») ПЕРЕКОНАННЯМИ	49
5.1. Глибинні переконання та правила життя: процес формування.....	49
5.2. Терапевтичні втручання в процесі «зцілення» схем.....	54
Практичні завдання.....	57
Питання для самоперевірки.....	57
Тема 6. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ДЕПРЕСІЇ	58
6.1. Клінічна презентація депресії.....	58
6.2. Протокол психотерапії депресії в КПТ.....	61
Практичні завдання.....	65
Питання для самоперевірки.....	66
Тема 7. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ	67
7.1. Фази та завдання процесу переживання втрати.....	67
7.2. Робота з ускладненою реакцією втрати.....	69
7.3. Особливості допомоги дітям при переживанні втрати.....	72
Практичні завдання.....	72
Питання для самоперевірки.....	73
Тема 8. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ ПРИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДАХ	75
8.1. Характеристика тривоги і тривожних розладів.....	75
8.2. Когнітивна модель та принципи допомоги на прикладі панічного розладу.....	82
Практичні завдання.....	85
Питання для самоперевірки.....	85

РОЗДІЛ III
РІВНІ РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ
В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Тема 9. КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ РІВНІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ. НЕВРОТИЧНИЙ РІВЕНЬ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ.....	88
9.1. Критерії рівнів організації особистості в психоаналізі (за Н. Мак-Вільямс).....	88
9.2. Характеристика структури особистості невротичного рівня.....	90
Практичні завдання.....	92
Питання для самоперевірки.....	93
Тема 10. ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ ПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ.....	94
10.1. Діагностичні критерії психотичної особистості.....	94
10.2. Психоаналітична терапія з клієнтами психотичного рівня.....	96
Практичні завдання.....	99
Питання для самоперевірки.....	100
Тема 11. ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ МЕЖЕВОГО РІВНЯ.....	101
11.1. Діагностичні критерії межової особистості.....	101
11.2. Психоаналітична терапія з клієнтами межового рівня розвитку.....	104
Практичні завдання.....	108
Питання для самоперевірки.....	109
Список джерел.....	110
Додатки.....	112

Передмова

Разом з усвідомленням істини про цінність психічного здоров'я, вплив психологічних проблем на якість життя, зростає і потреба в кваліфікованих фахівцях у сфері практичної психології та психотерапії. На жаль, освіта здобута в сучасних українських ЗВО (закладах вищої освіти), зазвичай, є академічною, зорієнтованою на підготовку дослідників, наукових працівників, викладачів, що є далеким від реальної роботи психологів-практиків на своїх робочих місцях.

Психологи, котрі практикують, скаржаться на те, що університетська освіта не дає належних знань та навичок, які б допомогли почувати себе впевнено у роботі з клієнтами і в такий спосіб, певною мірою, знецінюють процес отримання академічних знань, яким складно знайти застосування. Своєю чергою, академічна психологія висловлює претензії щодо відсутності обґрунтованої методології, структурованості та послідовності у передачі знань. У навчальному процесі є багато труднощів, які перешкоджають поєднанню дещо суперечливих методологій практичної та наукової психології. Ще Л. Виготський писав: «Причина кризи полягає у розвитку прикладної психології, що привело до перебудови всієї методології науки на основі принципу практики. Цей принцип тисне на психологію, спонукаючи її до розриву на дві науки». Ми вболіваємо за успішний розвиток практичної психології з використанням парадигми клініциста-науковця – тобто фахівця, який керується наукою у практиці, і, водночас, на основі практики розвиває науку, тобто використовує емпірично-обґрунтовані моделі допомоги.

Цей навчальний посібник складається з трьох розділів. **У розділі I «Практична психологія як галузь професійної діяльності»** йдеться про загальні засади психологічної практики, місце практичної психології серед інших галузей психологічного знання, формування світогляду та особистості практичного психолога, індивідуальні та групові стратегії

роботи. **Розділ II «Зміст та організація практичної допомоги клієнтам»** стосується безпосередньої роботи з клієнтами, алгоритму обстеження та побудови формулювання, праці з конкретними запитами, які найчастіше трапляються (депресія, переживання втрати, тривожні розлади тощо). Багато алгоритмів роботи, описаних у цьому розділі, стосуються когнітивно-поведінкової концептуалізації, оскільки саме когнітивно-поведінкову психотерапію рекомендовано як одне з втручань «першого вибору» при найпоширеніших психологічних проблемах, про які йтиметься далі. Окрім того, вважаємо, що саме знання та навички когнітивно-поведінкової психотерапії найлегше інтерналізувати в академічних студентах, виходячи з чітких, послідовних, обґрунтованих протоколів. **У розділі III «Рівні розвитку організації особистості в клінічній практиці»** здебільшого використано знання психоаналітичних концепцій, бо саме там найглибше описано критерії та механізми рівнів організації особистості (невротичного, психотичного та межового). Ці знання не трапляються в жодній суміжно-практичній дисципліні, а тому, на наш погляд, є важливими під час вивчення навчальної дисципліни «**Основи психологічної практики (практична психологія)**». Такі знання можуть допомогти молодим та більш досвідченим фахівцям ліпше зрозуміти процеси, що є за конкретними «діагнозами», та обирати відповідні стратегії психотерапевтичного впливу.

Нині завдяки сучасним дослідженням, наука може запропонувати той чи інший вид втручань як ефективну форму допомоги під час різних проблем. У цьому контексті важливо розуміти власну професійну ідентичність, однак, і пам'ятати, що немає єдиного найкращого психотерапевтичного методу та зайвих знань. Обізнаність у різних підходах та техніках лише збагачує наш професійний досвід.

У кожній темі навчального посібника подано базові концептуальні теоретичні аспекти та алгоритми роботи; вміщено інтерактивні запитання, сформульовані у вигляді додаткових завдань по тексту, що допомагає у пошуку нової інформації чи формулюванні власної думки; практичних завдань у кінці теми та питань для самоперевірки; літератури. Окрім того,

теми II та III розділів містять описи клінічних випадків. У кінці посібника розміщено деякі з діагностичних методик, використання яких є важливим у контексті поданих тем.

Вбачаємо важливим те, щоб наші випускники вміли поєднувати досвід глибоких якісних теоретичних знань і вмінь концептуалізувати клінічні випадки з досвідом реального консультування чи психотерапії в ролі клієнтів, а також мали можливість робити перші кроки як фахівці-консультанти під наглядом супервізора, не забуваючи про власні інтервізійні ресурси.

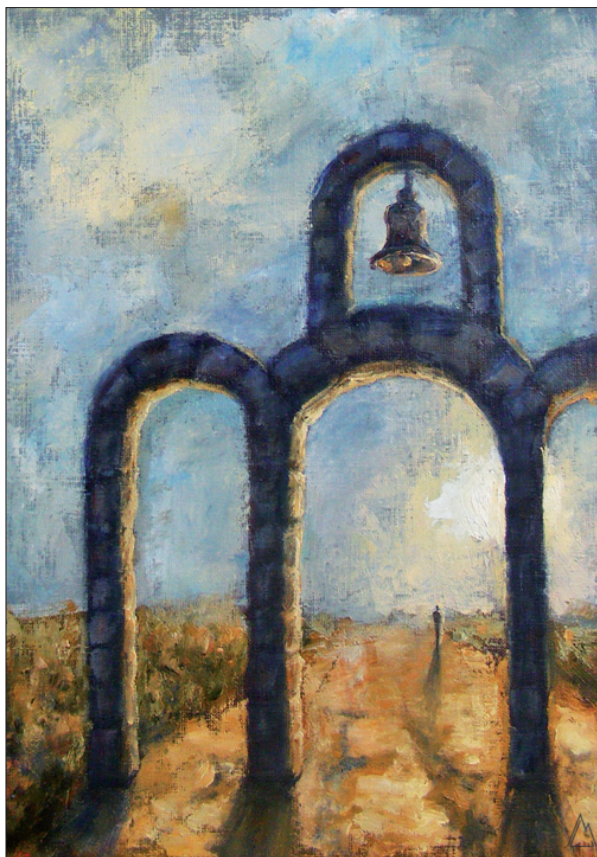
Ми усвідомлюємо, що змістовне наповнення та теоретичне опанування матеріалом може дати лише загальний орієнтир у роботі, допомогти у формуванні світогляду практичного психолога. Однак повноцінне становлення особистості як фахівця відбувається при безпосередній праці з клієнтами та займає не один рік роботи у толеруванні невизначеності, праці над собою, доланні труднощів. Зазвичай найцінніші досягнення є по той бік страху, долаючи який, здобуваємо найцінніший досвід.

* * *

«Надзвичайно актуальний посібник, який відповідає основним потребам підготовки фахівців у галузі сучасної психології. Ефективне поєднання ґрунтовних теоретичних підходів до психологічної практики з конкретними прикладними ресурсами їх застосування в роботі з клієнтами – це робить посібник унікальним знаряддям праці для психологів, психотерапевтів, консультантів та студентів, які проходять відповідне навчання. На особливу увагу заслуговує доступний спосіб подачі доволі складного матеріалу, що свідчить про високий рівень обізнаності та фаховості авторки як в галузі психології, так і психотерапії».

Л. І. Дідковська,
практикуючий психолог, психотерапевт,
голова секції Гештальт-психотерапії УСП,
навчаючий терапевт, супервізор УСП,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології ЛНУ ім. І. Франка

РОЗДІЛ 1
ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ
ЯК ГАЛУЗЬ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ



Тема 1

ЗАГАЛЬНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ

- 1.1. Психологічна практика як особливий вид діяльності психолога.
- 1.2. Визначення практичної психології: специфіка і взаємозв'язок наукової, практичної та побутової психології.
- 1.3. Взаємозв'язок психологічного консультування, психотерапії та психокорекції.

1.1. Психологічна практика як особливий вид діяльності психолога

Ще донедавна поняття практичної психології було не зовсім зрозумілим для українського суспільства. Як згадує В. Панок (2001), на відміну від західної психології, що формувалася на основі практичних запитів, вітчизняна (як складова колишньої радянської) розвивалася зазвичай як теоретично-експериментальна наука. У нас отримували дипломи психолога-дослідника або психолога-викладача. Такі спеціалісти мало розуміли як допомогти людині, що звертається з конкретними проблемами та труднощами. Та все ж таки, нині ми простежуємо стрімку динаміку розвитку практичного психологічного знання. Найбільше запитів про пошук практичного психолога трапляється в соціальних мережах, щотижня (а то і частіше) відбувається якийсь практичний навчальний проєкт чи семінар (інколи можна «загубитися» у виборі). Якщо 10 років тому чоловіків було складно зустріти серед клієнтів психолога, то зараз це звична справа.

Однак проблема програмно-методичного забезпечення процесу підготовки психологів, які практикують, залишається, а надто, якщо говорити про «академічні стіни».

Донедавна поняття «практична психологія» ще не існувало, хоча і зараз тривають дискусії щодо його змісту і специфіки («практична», «прикладна» й «академічна» психологія).

За В. Панок та іншими «практична» розглядається як психологічна практика, як професійна діяльність із консультування, діагностики, терапії. «Прикладна» – як науково-методичне забезпечення діяльності спеціалістів-практикантів, як вид науково-методичної праці з трансляції досягнень науки у практичні технології роботи з людьми.

Коли говоримо про *практикуючого психолога*, то маємо на увазі спеціаліста, що працює і як дослідник, і як практик (поряд із науково-дослідницькою чи викладацькою роботою ще й практикує). Зазначаючи про «практичного психолога», «психолога-практика» – наголошуємо на його праці виключно у сфері практики. Такий термінологічний поділ не є однозначним, зокрема, В. Панок зупиняється на терміні «*практикуючого психолога*» як професіонала у галузі практичної психології (консультант, терапевт, соціальний працівник).

Донедавна вважалося, що практична психологія, на відміну від наукової, ще не має сталої структури. Нині практична психологія розвивається стрімкими темпами, а зараз – стандарти підготовки фахівців. Вимоги до підготовки спеціалістів у цій галузі здебільшого залежать від напряму психологічної практики (психоаналіз, гештальт-терапія, когнітивно-поведінковий напрям тощо) та європейських (світових) стандартів.

1. *Практична психологія* (В. Панок) – це особливий вид людської діяльності, який не збігається з психологією науковою, має специфічну методологію та підходи до предмета. *Специфіка* практичної психології зумовлює й відповідні форми, методи та зміст підготовки практикуючих психологів, які відмінні від змісту, форм та методів підготовки психологів-викладачів або психологів-дослідників.

2. Для підготовки практичного психолога необхідним є формування *професійно важливих рис спеціаліста, професійного мислення*.

3. *Зміст підготовки практичних психологів* має складатися з таких умовних блоків:

- вивчення *традиційних психологічних дисциплін*;
- опанування *теоретичними засадами та практичними навичками* (технологіями) під час семінарів, воркшопів, конференцій;

- *власний індивідуальний досвід* (власна психотерапія в обраному напрямі: пропрацювання власних проблем, розуміння психологічної практики «зсередини», з боку клієнта);
- *досвід групової психотерапії* (для більшості психотерапевтичних напрямів, окрім КПТ);
- *ведення власних клієнтів* під супроводом супервізора;
- *постійна участь у супервізійних та інтервізійних групах*;
- *іспит* (вимоги залежать від обраного напрямку і можуть суттєво різнитися).

4. Практикуючі психологи можуть спеціалізуватися на конкретному виді практичної психології, певна *спеціалізація* у певному виді (техніці) роботи.

5. Головним методом організації та викладу навчального матеріалу має бути *випадковий (ситуаційний) підхід*. У практичній роботі психолог має справу з *конкретною* людиною, яка перебуває у конкретних життєвих обставинах.

Є безліч визначень щодо завдань практичної психології. За В. Панок, основне завдання практичної психології – це допомога людині психологічними засобами, корекція її особистісних рис і структури особистості, соціальних стосунків, розкриття творчого потенціалу, допомога людині у проектуванні її власного життєвого шляху. Лаконічне завдання практичної психології – ***допомогти адаптуватися людині з її особистісною структурою до умов життя!!!***

Завдання практичної психології також суттєво залежать від сфери професійної діяльності. Робота психолога в клініці, школі чи сфері бізнесу має суттєві відмінності.

Сьогодні очевидно, що саме психоаналіз (пропонуючи докорінно інакший шлях лікування психічних проблем та психологічних труднощів) започаткував те, що зараз уособлює практична психологія, хоча принципи та теоретичні підходи у практичній психології найбільш повно і систематично висвітлюються в гуманістичній психології.

Відтак практична психологія є особливим видом діяльності психолога, що має свої специфічні завдання, методологію та стратегію підготовки спеціалістів. Не кожен фахівець, отримавши диплом психолога в академічних стінах, працюватиме виключно у сфері практичної психології.

1.2. Визначення практичної психології: специфіка і взаємозв'язок наукової, практичної та побутової психології

Які ж інші типи психологічного знання (окрім практичної психології) існують? Одним із варіантів типологізації такого знання є поділ психології на наукову, практичну та побутову (життєву). Наукова, практична та побутова психологія має помітні розбіжності не лише за зовнішніми ознаками, а і з огляду на завдання, методологію, принципи, зміст і форму розвитку.

Таблиця 1.1

Порівняльний аналіз наукової, практичної та побутової психології
(за В. Панок, З. Кісарчук)

Критерії	Наукова пс.	Практична пс.	Побутова пс.
Об'єкт	«абстрактна», «середньо-статистична» людина	Конкретна людина у конкретних життєвих обставинах (індивідуальність)	Конкретна людина, індивідуальність
Підхід	Аналітико-статистичний	Структурно-синтетичний	Синтетичний
Методи	Науково-дослідницькі: експеримент, спостереження тощо	Психологічні технології, інтуїція	Досвід, традиції, обряди, стереотипи, інтуїція
Кінцева мета	Встановлення наукових фактів, законів. Розробка моделі	Вплив на поведінку та розвиток, психотерапія. Допомога	Корекція поведінки і розвитку. Порада
Вимоги до спеціаліста	Знання	Знання, життєвий досвід, професійна інтуїція, особистість практичного психолога	Життєвий досвід, інтуїція

Наукова психологія (В. Панок) – це галузь науки, що досліджує процеси виникнення, функціонування і розвитку психіки як форми активного відображення навколишньої дійсності.

Практична психологія (В. Панок) – це галузь професійної діяльності, яка має на меті визначення психологічних

особливостей життєвої ситуації та індивідуальності людини або групи, внесення позитивних змін у процесі взаємодії між ними і профілактику небажаних форм поведінки.

Побутова психологія – досвід людства, що зберігає свої знання у вигляді традицій, приказок, казок, фольклору. Суперечність цих знань допустима.

У контексті наукової психології, зазвичай, говоримо про наукову проблему, практичної – про клінічний випадок, тоді як у контексті побутової психології згадуємо життєву ситуацію. Можна вважати, що за прямим цільовим результатом практична психологія пов'язана з життєвою, а за інтелектуальним продуктом – з науковим знанням.

Психотерапевтичний сеанс як вияв практичної психології є прикладом співпраці наукової, практичної та побутової психології. Результатами такої співпраці, з одного боку, є повноцінне життя здорового індивіда, а з іншого – розвиток центральних розділів психологічної науки (психології особистості, клінічної психології та ін).

Взаємозбагачення та взаємопроникнення наукової та практичної психології – необхідна умова прогресу психології взагалі !!! (В. Панок, 2001).

1.3. Взаємозв'язок психологічного консультування, психотерапії та психокорекції

У практичній психології існує низка суміжних понять: *психологічна корекція, психотерапія і психологічне консультування* – усе це види психологічної допомоги.

Світова практика та Україна дещо по-різному застосовують поняття *психотерапія і психокорекція*. У нас не можна бути психотерапевтом без медичної освіти, хоча у всьому світі є по-іншому. В Україні лише зараз формується закон про психотерапевтичну допомогу.

Завдання 1.1. *Опрацьовуючи тему «Взаємозв'язок психологічного консультування, психотерапії та психокорекції» у кн. І. М. Цимбалюк «Психологічне консультування та корекція» заповніть зазначену табл. 2 Порівняльний аналіз психологічного консультування, психокорекції та психотерапії). Підберіть визначення, що найбільше пасують Вам.*

**Порівняльний аналіз психологічного консультування,
психокорекції та психотерапії**

Критерії	Психологічне консультування	Психологічна корекція	Психотерапія
<i>Тривалість</i>			
<i>Мета та завдання</i>			
<i>Динаміка скарг</i>			
<i>Типи клієнтів</i>			
<i>Значення стосунку «психолог–клієнт»</i>			
<i>Вимоги до спеціаліста</i>			

Є безліч визначень психологічного консультування, психокорекції та психотерапії, виходячи з світогляду та парадигми психолога-практика. Однак, зайнявши метапозицію, можна сказати, що *психотерапія*, в певному сенсі, подібна до *філософії*, бо займається *пошуком рішення*, тоді як *консультування до науки*, бо може давати *конкретні знання*. Зазначаючи про *психотерапію*, часто маємо на увазі зміну *всього життєвого стилю* клієнта, тоді як при *консультуванні* йдеться про *зміну поведінки в межах життєвого стилю*. Заведено, що в психотерапії більше говорить клієнт, а в психологічному консультуванні – психолог.

Психокорекція, вийшовши з дефектології, перейшла у вікову й педагогічну психологію, а тепер цей термін застосовуємо і до дорослих клієнтів. Там, де розвиток у межах норми – розрізнити психокорекцію і психотерапію надто складно.

Практичні завдання

Завдання 1. (Арабська легенда).

Один старий чоловік на смертному ложі покликав трьох своїх синів, щоб поділити між ними спадок: 17 верблюдів. Старший син мав отримати половину, середній – одну третю,

молодший – одну дев'яту. І з цими словами чоловік помер, а спадкоємці не могли порозумітися. Врешті-решт вони знайшли мудрого чоловіка, котрий був настільки ж розумний, наскільки бідний. У нього був всього один верблюд. Три брати покликали його в надії, що він допоможе вирішити їм питання поділу майна, яке здавалося невіршуваним.

- Як Ви думаєте, чи допоміг чоловік вирішити питання?
- Якщо так, то як саме?
- Яке відношення має ця легенда до ролі психолога?

Завдання 2.

Напишіть 10 приказок та прислів'їв. Обґрунтуйте їх зміст і тематику. До яких галузей психології можна їх віднести? Чи трапляються суперечливі? Про який тип психології йдеться?

Завдання 3.

Дайте відповіді на такі запитання:

- Чи хочу я бути практичним психологом? Чому?
- Якими потребами зумовлений мій вибір?
- Яку користь я сподіваюся мати від своєї професії?
- Чи є в мене психологічні проблеми? Які? Як я їх вирішую?
- Як ці проблеми можуть вплинути на мою роботу?

Питання для самоперевірки

1. Що є основним завданням практичної психології? Які особливості підготовки спеціалістів у галузі практичної психології?

2. Що таке супервізія / інтервізія?

3. У чому полягає подібність та відмінність наукової, практичної та побутової психології?

4. Дайте визначення таким поняттям: психологічне консультування, психокорекція, психотерапія. У чому подібність та відмінність? Наведіть приклади.

5. У чому полягає відмінність у користуванні поняттями «психотерапія» та «психокорекція», ґрунтуючись на світовій практиці та українській реальності?

6. У чому відмінність завдань психолога, психотерапевта та психіатра?

7. Охарактеризуйте основні завдання шкільного психолога, клінічного психолога та психолога у сфері бізнесу.

Література

1. Вашека Т. В. Основи психологічної практики: навч. посіб. К. : Вид-во Нац. авіац. ун-ту «НАУ-друк», 2009. 200 с.
2. Панок В., Титаренко Т., Чепелева Н. та ін. Основи практичної психології : підручник. 2-ге вид. К. : Либідь, 2001. С. 18–40.
3. Панок В. Г. Українська практична психологія: визначення, структура та завдання. *Практична психологія та соціальна робота*. 1997. Жовтень. С. 8–10.
4. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посібн. модульно-рейтинговий курс. 2-ге вид., випр. і доп. К. : ВД «Професіонал», 2007. 544 с.

Тема 2

ПРОФЕСІЙНІ ВИМОГИ ДО ОСОБИСТОСТІ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА

- 2.1. Особистість психолога як основне знаряддя його професійності.
- 2.2. Психологія становлення та проблеми формування професійної самосвідомості. Професійна деформація та емоційне вигорання.

2.1. Особистість психолога як основне знаряддя його професійності

Незалежно від психологічної парадигми, майже у всіх наукових системах і працях, *особистість психолога* є цілющим засобом, *основним знаряддям роботи* (дещо інакший акцент має когнітивно-поведінковий підхід, а тому індивідуальна терапія не є обов'язковою умовою підготовки КПТ-терапевтів). Говорячи метафорично, якщо столяр має зубило чи пилку, а хірург – скальпель, то психолог – себе.

*Основний засіб, що стимулює удосконалення
особистості клієнта є особистість психолога !!!*

Тому аж стільки багато годин власного клієнтського досвіду вимагається, щоб отримати сертифікат психотерапевта (подібно до практичного психолога, що працює із запитаними клієнтами). Білі непропрацьовані власні «плями» (проблеми) спричиняють непрофесійність (не через незнання, а через власні емоційні проблеми). У такому разі психолог може або уникати розмови з клієнтом на важливі для нього теми, або усвідомлювати свою проблему ліпше, ніж самого клієнта, або ж – надміру виснажуватися такою роботою.

Невипадково, К. Роджерс наголошував, що теорія і методи консультанта не менш важливі, ніж здійснення своєї ролі.

А. Gombs через дослідження встановили, що успішного консультанта відрізняють від невдахи риси особистості.

К. Юнг про психотерапевтичний процес зазначав так: «Між лікарем і пацієнтом діє невидимий фактор, який викликає взаємну трансформацію. Дві особистості вступають у взаємодію як дві хімічні субстанції: якщо виникає об'єднання – змінюються обидві».

Вказано деякі з тез, що трапляються в літературі, на підтвердження значущості особистості психолога в процесі професійної діяльності.

*Бути тією людиною, через котру ти хочеш впливати на інших.
Основним є не диплом, а риси особистості (пропрацьованість).*

*Про індивідуальність іншого можна сказати те,
що знайшов всередині себе.*

*Необхідно повірити, що твоя особистість достатньо сильна
для того, щоб стати для клієнта орієнтиром.*

Психотерапевт, доктор медичних наук, професор О. Фільц у своєму інтерв'ю про ситуацію в українській психотерапії (від 18 лютого 2021 р.) згадує про те, що не техніка (психодіагностика, КПТ чи гештальттерапія) визначає ефективність та результативність психотерапії. Сучасні дослідження підтверджують те, каже Олександр Орестович, що 40% успішності залежить від клієнта, 30% – від особистості психотерапевта, 5% – техніка і 25% – інші фактори.

На підтвердження того, що особистість психолога можна вважати «знаряддям» є й те, що часто з більшою довірою ставляться до старших консультантів чи психотерапевтів (важливим є життєвий досвід). Хоча не все так однозначно.

Загалом роль психолога залежить від приналежності його до певної теоретичної орієнтації, його кваліфікації, особистісних рис, очікувань клієнта.

Завдання 2.1. *Яким має бути психолог, щоб ви до нього звернулися? Молодим чи старшим, чоловіком чи жінкою? Якими рисами особистості, на ваш погляд, він має володіти? Чому?*

2.2. Психологія становлення та проблеми формування професійної самосвідомості.

Професійна деформація та емоційне вигорання

У 1964 р. Комітет із нагляду і підготовки консультантів США встановив шість якостей особистості, необхідних консультантові. Відтоді майже нічого не змінилося.

1. *Довіра до людей.* Складно комусь допомогти, якщо ти йому не довіряєш. Практично неможливо навіть побудувати адекватний стосунок.

2. *Повага цінностей іншої особистості.* Не нав'язувати свої цінності чи варіант відповіді, бо так у клієнта може виникнути відчуття, що його не розуміють.

3. *Проникливість.* Тоді в клієнта буде відчуття, що він не сам на сам зі своєю проблемою, а горе, розділене на двох, наполовину менше.

4. *Відсутність упереджень.* Інакше – перекривається можливість побачити іншого таким, яким він є.

5. *Саморозуміння.* Не зрозумівши себе – не зрозумієш іншого, а як тоді допомогти?

6. *Свідомість професійного обов'язку.*

Про модель особистості ефективного консультанта (Кочунас Р., 1999) йдеться в книзі Цимбалюк І. «Психологічне консультування та корекція». До цієї моделі належать:

- **Автентичність** (усвідомлення дійсного моменту, вибір способу життя в даний момент, прийняття відповідальності за свій вибір) – вираження щирості стосовно клієнта. Бути собою у своїх безпосередніх реакціях, а не витрачати енергію на програвання ролей. Цього ми і вчимо клієнтів, тому зобов'язані розвивати в себе.
- **Відкритість власному досвіду** – щирість у сприйнятті власних почуттів. З дитинства нас часто вчать заперечувати та відкидати свої почуття, особливо негативні (наприклад, «Великі діти чи хлопчики не плачуть», хоча і хлопчики, і дівчатка народжуються з однаковим природнім сигналом – плачем).
- **Розвиток самопізнання** – чим більше психолог знає про себе, тим краще зрозуміє своїх клієнтів і чим більше пізнає клієнтів, тим глибше розуміє себе. Інакше – зростає ймовірність у процесі консультування, психо-

корекції чи психотерапії стати жертвою задоволення своїх несвідомих потреб.

- **Толерантність до невизначеності.** Коли клієнт прощається зі звичним невротичним досвідом і вступає на «незнайому територію», психологу необхідна впевненість у собі в ситуації невизначеності. Ми часто не знаємо, з яким клієнтом і проблемою будемо мати справу, коли ця проблема вирішиться. І це потребує умінь витримувати напругу. Робота психолога є тією роботою, де формули та чіткі алгоритми можуть не працювати.
- **Близькість стосунків з іншими людьми.** Йдеться про вміння створювати близькі стосунки, свobodно виражати свої почуття навіть перед клієнтами. Колись психоаналіз цього не дозволяв, однак, сьогодні модифікував власні переконання: не обов'язково вибігати психоаналітику з кав'ярні, коли там перебуває його клієнт; а в гештальт-психологів взагалі існує «правило обіймів» (За «каліфорнійськими стандартами» людина потребує щодня 4–8 обіймів або їх еквівалентів).
- **Постановка реалістичних цілей.** Лише впевнений психолог може розуміти обмеженість своїх можливостей (інакше, слід лікуватися від нарцисичності чи манії величчя). Як сказав один з відомих тренерів-гештальтистів Д. Хломов: «Якщо Ви хочете бути поганим психологом, ставте перед собою невіршувані завдання».

Психолог-початківець, котрий гадає, що знає відповіді на всі запитання, може мати неопрацьовану нарцисичність (чи надмірну тривожність) і нав'язувати клієнтові свої рішення, а це збільшує залежність клієнта та перешкоджає в наданні допомоги, формуванні зрілості чи прийнятті самостійних рішень.

Важливо розуміти суть власних внутрішніх конфліктів і як вони можуть відобразитись на стосунках з клієнтами.

Особиста терапія дає унікальну змогу побачити процес очима клієнта!!!

Разом із досвідом, зрілістю і особистісним ростом, які отримує психолог у результаті професійного становлення, виникають і негативні моменти його роботи.

1. *Загроза втратити ідентичність і «розчинитися» у клієнтах.* До психолога майже не приходять для того, щоб розповісти як добре жити. Надмірне бажання усім допомогти (у психологію часто ідуть люди, що мають схему самопожертви), з відмовою та запереченням власних потреб, можуть бути причиною власних проблем психічного здоров'я (посилення тривоги, депресивних тенденцій).

2. *Підвищується чутливість та рівень самоусвідомлення і з цим потрібно жити до кінця життя.*

3. *Негативні наслідки можуть відобразитися на особистому житті (чоловік/дружина, діти, друзі).* По-перше, посилена яскравість емоційного життя при роботі з клієнтами, проживання їхніх життєвих сценаріїв, може сприяти економії емоційного ресурсу у стосунках з найближчими. По-друге, професійна деформація може спонукати всіх «лікувати», навіть якщо про це ніхто не просить (важливо залишатися з чоловіком – дружиною, а з дітьми – мамою).

Психологу складно розділити свою професійну та особистісну ідентичність. Ціною цього є емоційне вигорання.

Емоційне вигорання (Г. Фрейденберг) – складний психофізіологічний феномен, що визначається як емоційне, розумове і фізичне виснаження внаслідок тривалого емоційного навантаження (депресивний стан, втома, спустошення, спад енергетичного потенціалу, неможливість бачити позитивний результат своєї праці, усі клієнти драгують).

Синдрому емоційного вигорання сприяє праця в системі «людина-людина» та відстрочений в часі результат роботи. Якщо клієнт і змінюється, то це відбувається дуже поступово, інколи складно зрозуміти чи це результат роботи психолога (клієнт: «Це ж Я став інакшим»).

Найчастіше сприяють емоційному вигоранню (за Т. Вашека, 2009):

1) монотонність роботи, а надто якщо її зміст здається сумнівним;

2) вкладання в роботу великих особистісних ресурсів в разі недостатності визнання і позитивної оцінки;

3) робота з «немотивованими» клієнтами;

4) напруженість і конфлікти у професійному житті;

5) критика колег;

6) недостатність умов для самовираження на роботі;
7) робота без можливості подальшого навчання і професійного удосконалення;

8) невирішені особистісні конфлікти.

Профілактика емоційного вигорання:

1) належна освіта і компетентність;
2) поєднання практики з іншими видами діяльності (якщо в контексті професії – написання статей, викладання);

3) підтримка свого здоров'я: відпочинок, сон, здорове харчування, моніторинг втоми;

4) уміння викреслювати, казати «ні»;

5) важливість зв'язку з власною системою цінностей;

6) наявність друзів інших професій;

7) уміння програвати без самознищення;

8) участь у семінарах, конференціях, де є можливість зустрітися з новими людьми і обмінятися досвідом;

9) обговорення з колегами випадків з практики (участь у супервізіях та інтервізіях);

10) індивідуальна психотерапія (лікування дисфункційних схем та правил життя, перфекціонізму, гіпервідповідальності, схеми самопожертви тощо).

Як кожна професія, психологія разом з усіма перевагами та позитивами має і свої недоліки, знаючи і усвідомлюючи які, психолог може уникнути та нейтралізувати їх, підтримуючи свою особистість цілісною та продуктивною. Важливо вміти трансформувати «емоційне вигорання» в «професійне розгорання». Чим різноманітніший у психолога стиль особистісного і професійного життя, тим ефективнішою буде його діяльність.

Практичні завдання

Вправа 1. «Виявлення власних трансферентних характеристик як фахівця».

Мета: рефлексія та формування власної професійної ідентичності.

Особа А сідає в коло, а всі по черзі проєктують свої фантазії на тему: «Як би я був клієнтом, то прийшов/не прийшов би до тебе з проблемою...(якою саме). У якій сфері психології я тебе

бачу? Чому? Якщо не бачу тебе психологом, то чому?». Особа А мовчки вислуховує, звертаючи увагу на свої переживання. Якщо всі охочі висловились, особа А дає зворотній зв'язок: Як себе почуває? Що відгукнулося, а що ні? У якій сфері психології бачить себе?

Вправа 2. «Готель».

Мета: рефлексія образу професійного психолога.

У готелі є три вільних номери. Адміністратору дані вказівки поселити в них психологів, проте він не знає ні віку, ні статі, ні мети приїзду фахівців. Біля свого віконця він помістив табличку «Місця тільки для психологів». Заразом він з'ясував, що сьогодні в готелі великий наплив людей, а місць немає, і він змушений відмовляти. Адміністраторові відомо, що люди, які бажають одержати місце, удаватимуться до різних хитрощів, намагаючись видати себе за психолога.

Одну людину в групі обирають адміністратором. Інші виступають у ролі приїжджих (серед них три справжніх психологи, які призначені ведучим). Усі починають видавати себе за психологів. Адміністратор має на свій розсуд поселити трьох осіб.

Обговорення: група аналізує, що було головним в оцінюванні людини як психолога? Які ознаки сприяли цьому? Хто був найбільш переконливим, удаючи психолога? На що орієнтувалися студенти, втілюючи цей образ?

Вправа 3. «Кореспондент».

Мета: формування професійної самосвідомості.

Учасники працюють у парах. Один ставить запитання (ведучий на телебаченні), інший відповідає: перша відповідь – пересічної людини (не психолога), друга – психолога.

Приклади питань (кожен учасник групи записує цікаве для себе питання):

- Чому люди обманюють?
- Навіщо люди потрібні один одному?
- Якщо людина плаче, чи можна їй вірити?
- Я боюся деяких речей. Усім людям властиво боятися?
- Що таке любов, хто знає?
- Якщо нічого не хочеться, що робити?

Питання для обговорення: Що відрізняє звичайну людину від психолога?

Питання для самоперевірки

1. Які особистісні риси є важливими в роботі практичного психолога?
2. Поясніть думку про те, що «основним знаряддям психолога є його особистість». Чи Ви з нею погоджуєтесь?
3. Що таке емоційне вигорання та професійна деформація? У чому відмінність?
4. Які позитивні та негативні моменти в професії психолога ви можете виокремити?
5. Пригадайте основні принципи Етичного кодексу психолога.

Література

1. Вашека Т. В. Основи психологічної практики : навч. посіб. К. : Вид-во Нац. авіац. ун-ту «НАУ-друк», 2009. 200 с.
2. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. М. : Академический проект, 1999. 240 с.
3. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посібн. модульно-рейтинговий курс. 2-ге вид., випр. і доп. К. : ВД Професіонал», 2007. 544 с.

Тема 3

ІНДИВІДУАЛЬНІ ТА ГРУПОВІ СТРАТЕГІЇ В РОБОТІ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА

3.1. Сетинг у психологічній практиці.

3.2. Переваги надання індивідуальної допомоги: механізми дії.

3.3. Особливості психологічної допомоги в групі: механізми дії.

3.1. Сетинг у психологічній практиці

Сетинг (за З. Фройдом) – це сукупність правил, що організують терапевтичну ситуацію. Тобто це цілий комплекс умов, необхідних для виникнення особливих афективних стосунків між аналітиком і клієнтом, завдяки яким, процес психотерапії (терапевтичний стосунок) і може встановитися. Це поняття є важливим і в психологічній практиці будь-якого напрямку.

Іноді розрізняють поняття *внутрішнього сетингу* (внутрішня позиція психолога) та *зовнішнього сетингу* – низка домовленостей між психологом та клієнтом, до яких відноситься:

- *Вид допомоги* – індивідуальна, групова чи сімейна форма надання допомоги.

- *Частота сесій* (наприклад, 1 раз в тиждень, у психоаналізі – 3–4 рази в тиждень).

- *Тривалість зустрічей* (10, 20...50).

- *Домовленість про перерви* в психотерапії, відпустки.

- *Оплата* (зазвичай дорого, якщо йдеться про психотерапію. Щоб відбувалися системні зміни всередині особистості, психотерапія має вийти на перше місце в житті людини. При низькій оплаті часто знецінюється сам процес. Що таке дорого/дешево – питання дуже індивідуальне для кожної людини. З іншого боку, гроші не мали б бути на заваді отримати психологічну допомогу). Оплата вирівнює стосунки психолога і клієнта: зменшує непотрібні фантазії один щодо одного, зменшує почуття провини.

- *Положення клієнта* (наприклад, лежачи чи сидячи, якщо йдеться про психоаналіз).

Функції сетингу

1. Сетинг створює відчуття *надійності* та *безпеки* для клієнта, відчуття цілісності процесу.

2. Сетинг як *вияв автономії* з боку психолога/психотерапевта (через встановлення обмежень) – клієнт має зразок для наслідування щодо автономії.

3. Сетинг допомагає *«вимірювати» рівень реальності*. Допомагає помічати як клієнт обходиться з реальністю: приходить передчасно на сесію чи постійно запізнюється.

Психоаналітики вважають, що будь-яке порушення сетингу клієнтом є не випадковим, а свідчить про глибинні несвідомі проблеми клієнта, які необхідно аналізувати. Наприклад, якщо клієнт запізнився (звичайно існує реальна ситуація, але вона використовується клієнтом для вияву несвідомого), то все про що він говоритиме на сесії, це ключ до причини запізнення. Для клієнтів з антисоціальними тенденціями (межевий рівень організації особистості) встановлення сетингу має важливий психотерапевтичний ефект. В інших напрямках психотерапії, сетинг також є важливим, однак, акценти розставлені дещо інакше. Наприклад, в когнітивно-поведінковій терапії важливе значення має структурованість та організованість процесу через перспективу ефективності та науковості.

3.2. Переваги надання індивідуальної допомоги: механізми дії

У діяльності психолога є різні форми роботи – індивідуальна, групова, робота з парами. Психолог може запропонувати той вид допомоги, який, на його думку, є найефективнішим.

Завдання 3.1. *Які переваги індивідуальної роботи (порівняно з груповою) Ви можете перелічити?*

Індивідуальну допомогу варто надавати у таких випадках (за Е. Осіповою, 2002):

1. Коли проблеми клієнта індивідуального, а не міжособистісного характеру.

2. Коли клієнт категорично відмовляється працювати в групі або з будь-яких причин його робота в групі неможлива.

3. Коли застосовуються доволі ефективні методи психологічної дії і клієнта необхідно постійно тримати під спостереженням і контролем.

4. Коли у клієнта виявлена сильна тривожність, загальмованість, страхи.

5. При проблемах недостатнього усвідомлення самого себе.

6. При втраті сенсу і мети життя.

Завдання 3.2. *Що клієнт може отримати під час психологічної допомоги на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях?*

Чи це є обстеження, терапевтичні втручання чи оцінка ефективності допомоги, у будь-якому випадку, психологу варто розглядати проблему в кількох аспектах: когнітивному, емоційному, поведінковому та тілесному (фізіологічному).

Когнітивний аспект (саморозуміння). *Клієнт може...:*

1. Усвідомити мотиви своєї поведінки, особливості неконструктивних стосунків, власні емоційні та поведінкові реакції.

2. Усвідомити зв'язок між різними психогенними чинниками та соматичними розладами.

3. Усвідомити міру своєї участі у виникненні конфліктних і психотравмуючих ситуацій.

4. Усвідомити власні глибинні переконання, неадаптивні думки та правила життя, їхнє походження та вплив на життя.

Емоційний аспект (ставлення до себе). *Клієнт може...:*

1. Отримати емоційну підтримку, що сприятиме ослабленню захисних механізмів та більш правдивому і цілісному усвідомленню себе.

2. Навчитися розуміти і вербалізувати свої почуття.

3. Інтегрувати відщеплені частини власного емоційного життя.

4. Модифікувати спосіб переживань, емоційного реагування тощо.

Поведінковий аспект (саморегуляція). *Клієнт може...:*

1. Оволодіти новими формами поведінки, що є більш конструктивними та адаптивними (наприклад, просити про допомогу, казати «ні»).

Е. Осіпова у своїй книзі «Основи психокорекції» доречно зазначає про правила, що *дозволяють психологу структурувати процес індивідуальної психокорекції/психотерапії і робити його ефективнішим* (ці моменти можна віднести до внутрішнього сетингу):

1. *Не буває двох однакових клієнтів і ситуацій психокорекції/психотерапії.* Людські проблеми тільки на перший погляд можуть здатися схожими, проте вони виникають, розвиваються, існують у контексті унікальних людських життів, тому проблеми насправді є унікальними і відповідно кожна корекційна дія унікальна і неповторна.

2. *У процесі корекції психолог і клієнт постійно змінюються* згідно з їхніми стосунками (у психологічній корекції не може бути статичних ситуацій).

3. *Найкращим експертом власних проблем є клієнт,* тому слід допомогти йому взяти відповідальність за їх вирішення. Бачення власних проблем клієнтом не менше, а, можливо, більш важливе, ніж уявлення про них психолога.

4. *У процесі корекційної роботи почуття безпеки клієнта важливіше, ніж вимоги психолога.* Так, в корекції недоречно досягати мети за будь-яку ціну, не звертаючи уваги на емоційний стан клієнта.

5. Прагнучи допомогти клієнту, психолог зобов'язаний «підключити» всі свої професійні і особистісні можливості, проте у кожному конкретному випадку не повинен забувати, що *він всього лише людина* і тому не здатний повністю відповідати за іншу людину, за її життя і труднощі.

6. *Не слід чекати безпосереднього ефекту від кожної окремо взятої зустрічі.* Вирішення проблем, а також успіх корекції не схожі на ту, що рівномірно піднімається вгору прямо – це процес, в якому помітні покращення заміняються погіршеннями, тому що самозмінна вимагає багатьох зусиль і ризику, які не завжди і не відразу завершуються успіхом.

7. *Компетентний психолог знає рівень своєї професійної кваліфікації і власні недоліки,* він відповідальний за дотримання правил етики і роботи на благо клієнтів.

8. Для позначення і концептуалізації кожної проблеми можуть бути використані різні теоретичні підходи, але *немає і не може бути єдиного якнайкращого теоретичного підходу.*

9. Деякі проблеми позбавлені вирішення (наприклад, проблема екзистенційної провини, прийняття втрати). У таких випадках психолог повинен постаратися *допомогти клієнту прийняти неминучість ситуації* і змиритися з нею.

10. Ефективна корекція – це процес, який *виконується разом з клієнтом, але не замість клієнта*.

Відтак перевагою індивідуальної форми надання психологічної допомоги є те, що вона забезпечує конфіденційність, таємницю і по-своєму результату буває глибшою, ніж групова. Вся увага психолога спрямована лише на одну людину (розкриваються особливості клієнта), з'являється більше можливостей не ховати свої слабкі місця, швидше досягається відчуття безпеки. Але цей вид допомоги, зазвичай, малоефективний при вирішенні проблем міжособистісного характеру, для яких необхідна робота в групі.

3.3. Особливості психологічної допомоги в групі: механізми дії

Завдання 3.3. *Які переваги групової роботи (порівняно з індивідуальною) Ви можете перерахувати?*

Групова робота є доволі ефективним знаряддям психологічної практики. Тією мірою, в якій *індивідуальна робота* сприяє *інтроспекції*, вона перешкоджає інтеракції. Однак саме процеси інтеракції є особливо важливими в процесі діагностики та корекційних/психотерапевтичних інтервенцій в групі.

До основних механізмів коректуальної/терапевтичної дії групи можна віднести (за Хайгль-Еверсом, 2002):

– Група дає можливість використати себе як *полігон для пробних змін* у мисленні і насамперед в уявленнях і поведінці. Тому трансляція здобутого в групі досвіду на позатерапевтичні ситуації проходить легше, ніж передача досвіду, здобута в індивідуальній терапії.

– Ефективна для пацієнтів, *внутрішні конфлікти* котрих виявляються в *інтерперсональних*.

– Конфлікти, джерелом котрих *не є діадичні відносини* раннього дитинства, легше розв'язуються в групі (наприклад, конкуренція, проблема авторитету...).

- Для клієнтів, що бояться стосунків у діаді.
- Можна побачити себе у різних «дзеркалах» (зазнаючи з погляду психоаналізу, більше переносів) при взаємодії з різними людьми (чоловіками/жінками, старшими/молодшими та ін.), а відтак, швидше зауважити свої проблеми.

I. Ялом виокремлює такі терапевтичні механізми дії групи:

1. **Повідомлення інформації.** Отримання клієнтом у ході групової роботи різних відомостей про особливості людської поведінки, міжособистісної взаємодії, конфлікти, ментальне здоров'я тощо.

2. **Навіювання надії.** Поява надії на успіх у вирішенні проблеми під впливом поліпшення стану інших клієнтів і власних досягнень. Успішна просунута психокорекція/психотерапія клієнта слугує іншим як позитивна модель, відкриває їм оптимістичні перспективи.

3. **Універсальність страждань,** переживань і розуміння клієнтом того, що він не самотній, що інші члени групи також мають проблеми, конфлікти, переживання. Таке розуміння сприяє подоланню егоцентричної позиції, появи почуття спільності і солідарності з іншими, підвищенню самооцінки.

4. **Альтруїзм** – можливість у процесі групової роботи допомагати один одному, робити щось для іншого. Допомагаючи іншим, клієнт стає упевненішим у собі. Він відчуває себе здатним бути корисним і потрібним, починає більше поважати себе і вірити у власні можливості.

5. **Коригуючі рекапітуляції первинної сімейної групи.** Клієнти виявляють у групі проблеми і переживання, що йдуть з батьківської сім'ї, почуття і способи поведінки, властиві сімейним стосункам у минулому. Виявлення і реконструкція минулих емоційних і поведінкових стереотипів у групі дає можливість їх опрацювання, виходячи з актуальної ситуації, коли психолог виступає в ролі батька або матері для клієнта, а інші учасники – в ролі братів, сестер та інших членів сім'ї.

6. **Розвиток техніки міжособистісного спілкування.** Клієнт має можливість внаслідок зворотного зв'язку й аналізу власних переживань побачити свою неадекватну міжособистісну взаємодію і в ситуації взаємного прийняття змінити її, виробити і закріпити норми, конструктивніші способи поведінки і спілкування.

7. **Імітаційна поведінка.** Клієнт може навчитися конструктивнішим способам поведінки завдяки наслідуванню психолога та інших членів групи.

8. **Інтерперсональний вплив.** Отримання нової інформації про себе внаслідок зворотного зв'язку, що призводить до зміни і розширення образу «Я». Можливість виникнення в групі емоційних ситуацій, з якими клієнт раніше не міг впоратися, їх виокремлення, аналіз та опрацювання.

9. **Групова згуртованість.** Привабливість групи для її членів, бажання залишатися в групі, відчуття приналежності групі, довіра, прийняття групою, взаємне прийняття один одного, почуття «Ми» групи. Групова згуртованість розглядається як чинник, аналогічний стосункам «психолог – клієнт» в індивідуальній роботі.

10. **Катарсис.** Відреагування, емоційне розвантаження, вираження сильних почуттів.

11. **Розуміння екзистенційних факторів** (наприклад, життя несправедливе, люди помирають та ін.).

Психологу/тренеру/психотерапевту слід враховувати:

- *структуру групи* – сталі відносини в групі, пари;
- *груповий процес* (динаміка групи) – полягає у взаємодії між учасниками групи;
- *зміст* – те, про що говорить група.

У психоаналітичній групі більше уваги приділяється структурі і процесу групи. Змісту надається менше значення, оскільки він переважно зумовлений структурою і процесом. Інші напрями психокорекції та психотерапії мають своє бачення щодо ведення групи.

Групоспецифічні фактори (за Хайгл-Еверсом):

1. *Соціалізація* – людина потрапляє в соціальне середовище, а це щось протилежне до соціальної ізоляції.

2. *Дзеркальні феномени* – проблеми вирішуються завдяки ідентифікації з іншими.

3. *Конденсаторні феномени* – кожний симптом заряджений смислом для групи загалом.

4. *Обмін* – інформація завжди є афектом, тому викликає ланцюжкові реакції. Декларація проблеми протагоніста стає фігурою в групі. Всі учасники втягуються в тему.

5. *Група як підтримка* – легше говорити про себе, коли є зразок поведінки. Група пом'якшує травматичність інтерпретації. Легше сприймати інтерпретацію один одного, ніж ведучого.

6. *Комунікація* – розширення діапазону мовлення, патернів поведінки.

Роль психолога (психотерапевта)
в психодинамічно-орієнтованих групах:

– Психолог (терапевт), спостерігаючи і осмислюючи ситуацію, *орієнтується на групу загалом*.

– Дотримується двох правил: *свобідної взаємодії окремих членів групи між собою і мінімальної структурованості терапевтичної групи*.

– Спостереження терапевта спрямоване на розуміння *групового процесу і власних актуальних емоційних реакцій*; про свої почуття повідомляє після відповідної рефлексії.

Терапевт вирішує два завдання: повинен об'єднати групу і водночас гарантувати процес групової динаміки (*збереження групи і групової динаміки*). Такі завдання часто є конкурентними. Важливо *попередити фіксований розподіл ролей і зберегти можливість свободної взаємодії між членами групи*.

Як зазначалося, розуміння ролі групи в терапевтичному процесі багато в чому залежить від професійної орієнтації фахівця. Однак питання **групової динаміки** зазвичай об'єднує напрями, а не поділяє їх. Зазвичай описується п'ять фаз розвитку групи, хоча поділ на них є доволі умовним. Повно та цілісно представлено фази розвитку групи в дисертації Е. А. Колотільської (2004).

Фаза 1. Орієнтування та залежності.

На цій фазі проговорюються правила роботи в групі. Психолог приділяє належну увагу тому, щоб члени групи самостійно брали участь у формуванні правил, однак, наполягає і на своїх.

Виникає багато тем до обговорення, які, здебільшого, є загальними, формальними та безособистісними. Завданням тренерів є допомогти кожному учаснику сформулювати індивідуальні цілі, які б ефективно супроводжувалися груповими. Для цього прояснюється та формулюється мотивація

членів групи, через запитання: «Що Ви очікуєте від цієї групи?», «По чому Ви б могли дізнатися, що досягнули бажаного результату?». Висловлені запити, очевидно, можуть змінюватися в процесі групової роботи, однак, на цій фазі, їм приділяється доволі багато часу. Психолог приділяє значну увагу питанням формування довіри в групі. Основними, що тут виникають, є такі: «Чи тут достатньо безпечно для мене, щоб говорити про свої проблеми?», «Кому я подобаюсь, а кому ні?» тощо. Учасники намагаються «дружити зі всіма», з'ясовується, що можна, а чого не можна робити в цій групі. Тренери можуть з'ясовувати, «Про що і чому важко говорити в цій групі?», «Що найгіршого може трапитися в ній для кожного з учасників?», а це, своєю чергою, сприяє згуртованості групи.

Потрібно допомогти зрозуміти, що негативні почуття, які виникають, переживати нормально, але ще важливіше не боятися їх виражати. Важливими особами на цій фазі групової роботи є самі тренери, котрі через власний приклад можуть демонструвати безпеку в групі, висловлюючи відкрито свої почуття, приймаючи та не оцінюючи інших. Відтак і в учасників групи з'являється можливість визнавати право інших бути самими собою.

Загалом ця фаза завершується для учасників позитивними емоціями і вважається найбільш структурованою. Тренери сприймаються як ті, що можуть задовільнити усі потреби в групі. Важливо сфокусувати учасників на проясненні ситуації «тут і тепер», навіть якщо говориться про проблеми поза групою («Хто в групі нагадує вам цих людей?», «До кого в групі у Вас подібні почуття?»).

Згодом тренери займають нейтральну позицію, перестають структурувати та ініціювати груповий процес, внаслідок чого в учасників групи зростає напруга у вигляді тривоги та агресії. Учасники висловлюють багато сумнівів у формі запитань: «А що ми будемо тут робити?», «В чому полягатиме групова робота?», «Що я можу тут отримати?» тощо, отак намагаючись дати раду своїм негативним емоціям. Оскільки не вдається отримати вичерпні відповіді на усі поставлені запитання, члени групи переживають фрустрацію і, намагаючись справитися з нею, демонструють розмаїті, притаманні їм, емоційні реакції та поведінкові патерни.

Е. А. Колотильщикова виділяє такі *основні завдання тренера на 1-й фазі*:

1. Допомогти сформулювати групові норми.
2. Сприяти формуванню атмосфери довіри та безпеки.
3. Допомогти означити індивідуальні цілі кожному учаснику.
4. Підтримувати мотивацію учасників групи та спонукати їх до помірної активності.
5. Структурувати груповий процес.
6. Спонукати до зацікавленості своїм життям через власне зацікавлення до їхньої особистості.

Тренери перестають активно керувати групою і займають позицію пасивних спостерігачів.

Фаза 2. Конфронтації.

На цій фазі відбувається конфронтація учасників з тренерами та зростання конфліктів між учасниками. Тією чи іншою мірою агресія спрямовується на ведучих групи, оскільки вони «не хочуть виконувати» своїх безпосередніх обов'язків – перестають керувати групою. Також у членів групи збільшується опір до саморозкриття, що може супроводжуватися негативними почуттями. Варто не боятися конфліктних ситуацій, а навпаки, «дозволити їм відбутися» і знайти та показати адекватні способи для їх розв'язання. Відтак в учасників виникає можливість здобути досвід конструктивного вирішення конфліктних ситуацій, а водночас здобути самостійність та самозарадність.

Важливо, щоб у цих випадках психолог зумів показати, що вияв агресії може мати конструктивний характер, її можна зрозуміти та прийняти. Через агресію з'являється більше можливостей автономізуватися від ведучих групи і розмістити свою енергію в площині побудови стосунків з іншими учасниками.

Відповідальність за те, що відбуватиметься в групі, поступово переходить від тренерів до учасників (відтак учасники вчаться прислуховуватися до своїх потреб і брати за них відповідальність, що передбачає підтримання їхньої зрілої позиції). Важливо підтримувати оптимальний рівень напруги в групі, де є достатньо довіри та комфорту, але разом і особистісної незадоволеності, щоб працювати над своїми проблемами.

Ця фаза по відчуттях може бути доволі небезпечною, однак перехід кризи можливий через обговорення проблем, пов'язаних з темами: невпевненості, відповідальності, залежності, авторитетів, контролю, конкуренції. Прояснюється питання, наскільки можна бути прийнятним, «не догоджаючи іншим».

Відсутність конфліктів на цій фазі може бути маркувальним фактором порушення розвитку групи. Часто це доводиться спостерігати у тих учасників, у котрих є високий рівень невротичності. Цікаво відслідковувати, як по-різному члени групи обходяться з власною агресією. Завдання тренерів полягає в тому, щоб підтримати у вираженні своїх емоцій особливо тих, кому це вдається складно, спонукати їх говорити про незадоволення, злість, розчарування. Тренер може здійснювати різнопланові інтервенції, наприклад, «коли люди вступають в конфлікти, часто, це є ознакою того, що вони значимі одні для одних». Не розкриті конфлікти можуть збільшувати захисні стратегії учасників, а відтак, блокувати груповий процес у подальшому.

У групі є можливість відстежувати стосунки «тут і тепер», а відтак, і бачити деструктивні патерни взаємодії та пробувати експериментувати з новими моделями, які можна було б застосувати у повсякденному житті як більш конструктивні. Важливо усвідомити свої комунікативні автоматизми і зробити їх керованими та підвладними собі.

На цій фазі відбувається рольовий розподіл у групі, учасники поділяються на активних та пасивних, впевнених та невпевнених... Може підсилюватися тривога та захисні реакції, постійно відбувається боротьба між збереженням автономії та безпеки і бажанням ризикувати, відкриватися перед іншими.

Основні завдання тренера на 2-й фазі:

1. Спонукаати до проговорення власних тривог та страхів.
2. Допомогти усвідомити маркери власної невротичності та з'ясувати причини їх посилення.
3. Спонукаати до вираження негативних почуттів, виявлення конфліктів у групі та їх розв'язання.
4. Сприяти прийняттю учасниками на себе відповідальності за те, що буде відбуватися у групі.

5. Не боятися конфронтації учасників групи, допомогти стати їм автономними.

Відбувається перехід на наступну фазу розвитку групи.

Фаза 3. Групова згуртованість.

На цій фазі доволі добре сформована згуртованість у вигляді взаємопідтримки. Учасники групи більше надаються до саморозкриття, не бояться виносити свої проблеми на обговорення. Важливими темами до пропрацювання постають теми симпатії-антипатії, залежності, конкуренції, недовіри, потреб кожного з учасників, визначення своєї ролі в групі, актуальних страхів та ін...

Важливо, щоб члени групи мали можливість вступати в найрізноманітніші інтеракції одні з одними: спочатку учасники повинні якось вести себе стосовно інших, і лише потім, у них з'являється можливість отримати зворотній зв'язок щодо своєї поведінки.

Згуртованість групи можлива, якщо особистість задовольняє свої потреби в групі чи цілі групи збігаються з цілями особистості.

Основні завдання тренера на 3-й фазі:

1. Сприяти розвитку й укріпленню групової згуртованості.
2. Підтримувати оптимальний рівень напруги.
3. Постійне плекання конструктивного зворотнього зв'язку.
4. Виявлення й аналіз внутрішньогрупових стосунків.

Фаза 4. Робоча фаза.

На робочій фазі зрілої групи не лише переживаються, але й усвідомлюються різні почуття. Учасники вільно взаємодіють одні з одними, намагаються ліпше зрозуміти потреби інших, можуть експериментувати з новими ролями, а не лише відтворювати свої звичні невротичні патерни поведінки. Маркувальним фактором цієї фази є саморозкриття учасників. Кожне саморозкриття є своєрідним ризиком, однак, щоб бути зрозумілим для інших, варто дозволити пізнати себе таким, яким ти є насправді. Взаємне саморозкриття робить учасників вразливими, а тому їхній зв'язок стає більш глибоким.

Основні завдання тренера на 4-й фазі:

1. Сприяти розвитку здатності бачити взаємозв'язки між досвідом, отриманим в групі і автобіографією; співставляти те, що відбувається в групі та поза її межами.

2. Допомогти побачити невротичні патерни поведінки та спонукати спробувати інші способи взаємодії у повсякденному житті.

Фаза 5. Заключна фаза (прощання).

Ця фаза є важливою тому, що якщо вчасно не попроситися, то йде стрибок на попередні фази, а набутий досвід не асимілюється.

Тренери можуть використовувати фазу прощання ще задовго до останнього заняття. Власне вона використовується в груповій динаміці як «брак часу», що і загострює ініціативу та почуття особистої відповідальності за те, наскільки ти по максимуму береш від групи те, що міг би взяти. Наприклад, ведучі групи можуть нагадати: «До завершення групи залишається всього 3 заняття». Відтак учасники починають усвідомлювати, що час скінчений і необхідно поспішити, щоб твої потреби в групі все ж таки були задоволені. Якщо хтось з учасників не встигає подбати про свої потреби, психологу варто надати зворотній зв'язок, що «так буває і у житті, хтось встигає, а хтось не встигає подбати про себе», віднайти аналогію поведінки в групі з повсякденним життям для того, щоб зміни мали можливість відбутися швидше.

Основні завдання тренера на 5-й фазі:

1. Дати впевненість, що можливо зарадити зі своєю тривогою та іншими негативними емоціями самотійно.

2. Допомогти грамотно завершити групу, щоб досвід, отриманий в ній, міг легко поширитися на повсякденне життя.

Тому групова форма роботи має свої переваги порівняно з індивідуальною: питання пропрацьовані в групі можуть легше реалізовуватися в реальному житті; можна простежувати різні стратегії поведінки учасників групи у подібних обставинах; з'являється можливість побачити себе у більшій кількості «дзеркал»; розуміння, що інші люди також мають проблеми тощо. Процес ведення групи та процес участі в ній є захопливим, цікавим та цілющим.

Практичні завдання

Завдання 1. Чи маєте Ви клієнтський досвід індивідуальної або групової роботи? Якщо можете, поділіться ним. Які фактори найбільше допомагали вам здобувати потрібний результат?

Завдання 2. Прочитайте книгу І. Ялома «Шопенгауер як ліки». Аналіз та дискусія: Які механізми групової роботи Ви помітили? та ін.

Питання для самоперевірки

1. Що таке сетинг? Для чого він потрібен?
2. У яких випадках індивідуальна форма роботи є ефективнішою за групову?
3. Що може бути результатом надання психологічної допомоги на емоційному, когнітивному, поведінковому рівнях?
4. Які терапевтичні механізми дії групи Ви можете перерахувати? Охарактеризуйте їх.
5. У яких випадках групова форма роботи є ефективнішою за індивідуальну?
6. Що таке групова динаміка? Перерахуйте та охарактеризуйте фази розвитку групи. Які завдання тренера на кожній з них?

Література

1. Базисное руководство по психотерапии / под ред. Хайгл-Эверса. СПб. : «Восточно-Европейский Институт Психоанализа», 2002. 164 с.
2. Колотильщикова Е. А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. СПб., 2004. 184 с.
3. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие. М. : Сфера, 2002. 510 с.

4. Приц А., Викукаль Е. Груповий психоаналіз: Теорія. Техніка. Застосування / перекл. Галина Катовські; наук. редакц. Софія Грабовська і Галина Католик. Львів : Астролябія, 2006. 312 с.
5. Ялом И. Групповая психотерапия. М. : Апрель-Пресс, 2010. 576 с.
6. Ялом И. «Шопенгауер як ліки». Х., «Клуб сімейного дозвілля», 2018. 512 с.

РОЗДІЛ 2
ЗМІСТ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ
ПРАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ



Тема 4

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

- 4.1. Обстеження та його основні цілі.
- 4.2. Процес побудови формулювання.

4.1. Обстеження та його основні цілі

Різні напрями практичної психології (психотерапевтичні школи) мають свою теоретичну модель розуміння розладів/проблем, але усі погоджуються з тим, що починати потрібно з діагностики. Н. Мак-Вільямс (2004) (психоаналітик) пропонує розглядати термін «діагноз» не як медичний, але використовувати його як психологічний («психологічний діагноз»), тобто той, що стосується структури особистості, розуміння основних внутрішніх конфліктів клієнта, механізмів психологічного захисту тощо...

Переваги діагностики (за Н. Мак-Вільямс):

1. *Використання діагнозу для визначення вектору надання психологічної допомоги (для планування лікування в психоаналізі):*

- *діагностика алкоголізму чи наркоманії* – індивідуальна психологічна допомога корисна, якщо на хімічну залежність здійснюється безпосередній вплив по деінтоксикаційній програмі;
- *органічні ураження* – вплив за можливості на органіку і вміння навчити клієнта боротися з її виявами;
- *біполярні розлади* – індивідуальна психологічна допомога повинна підтримуватися медикаментозною;
- *множинна особистість* – приділяти увагу всім проявам особистості і пам'ятати історію травми.

Важливо бути ретельнішим у збереженні меж з *истеричними* клієнтами, більш наполегливим з афектами обесивних, більш терплячим до мовчання з *шизоїдними* клієнтами. Діагностика необхідна для вибору стилю спілкування, тону інтерпретації і фокусу первинної бесіди.

2. У діагнозі міститься інформація про прогноз.

Діагноз не може бути винесений лише по зовнішньо-представленій проблемі. Не прикріплювати ярлик, що опирається лише на зовнішню сторону скарги. Різні по своїй природі явища можуть бути подібні за зовнішніми проявами. Одна зі сильних сторін психоаналітичної традиції – розуміння структури особистості.

3. Захист інтересів клієнта.

«Правда краща за обман». Можна повідомити клієнта, на що він може розраховувати і уникнути нездійснених обіцянок.

4. Діагноз може допомогти психологу в емпатії своєму клієнту.

Емпатія як «почувати разом з», а не почувати «замість» – здатність емоційно сприймати психологічний стан клієнта. Психолог не веде себе згідно зі своїми почуттями до клієнта, але ці почуття є цінними для постановки правильного «діагнозу» в психоаналізі. Хід психокорекційної/психотерапевтичної роботи залежатиме від діагностичної гіпотези. З соціопатом одна стратегія психотерапії, а з істероїдом – інша: треба якось зрозуміти бажання «обійти всіх» у соціопата і відчувати «налякану дитину» всередині істерика. Психолог має побудувати точну модель клієнта в своїй голові, через яку і впливатиме на нього.

5. Діагноз може зменшити ймовірність того, що надміру тривожні клієнти уникатимуть лікування.

«Психолог розуміє мене і те, що мені важко пройти весь курс психотерапії».

До цілей процесу обстеження можна також віднести:

1. Побудову терапевтичного стосунку (знайомство, партнерство, терапевтичний альянс...).

2. Спільне дослідження проблеми – досягнення спільного розуміння проблеми, встановлення терапевтичних цілей та обумовлення терапевтичного контракту (спільне бачення подальшої співпраці).

3. Процес обстеження часто має *терапевтичний ефект* (через спільний перегляд ситуації в критичний спосіб, психоедукацією).

Різні напрями практичної психології/психотерапії мають дещо різні акценти у схемах діагностичного інтерв'ю. Наводимо схему діагностичного інтерв'ю за Н. Мак-Вільямс, яка є психоаналітиком.

Схема діагностичного інтерв'ю за Н. Мак-Вільямс

Демографічні дані.

Ім'я, вік, стать, етнічна і расова приналежність, релігійна орієнтація, подружній стан, батьки, освіта, робота, попередній досвід звернення за психологічною консультацією, хто спрямував до психотерапевта на цей раз, інші (окрім клієнта) джерела інформації.

Актуальні проблеми і їх стан.

Основні труднощі та розуміння клієнтом їх причин, історія цих проблем, попередні спроби лікування. Чому саме тепер звернувся за психотерапевтичною допомогою.

Історія життя.

Де народився, виріс, кількість дітей в сім'ї та місце клієнта серед них, основні переїзди. Батьки і сиблінги: отримати об'єктивні дані (чи живі, причини і час смерті, якщо померли, вік, здоров'я, професія) і суб'єктивні дані (особистість, характер стосунків з клієнтом). Психологічні проблеми в родині (діагностовані психічні розлади, наприклад, алкоголізм).

Дитинство.

Чи був клієнт бажаною дитиною, стосунки в родині після народження дитини, щось незвичне в критичні періоди розвитку, деякі ранні проблеми (їжа, туалет, мова, рухова активність, нічні жахи, засипання, чи гриз нігті тощо), ранні спогади, сімейні історії або жарти на адресу клієнта. Проблеми сепарації, соціальні проблеми (навчання, поведінка, жорстокість до тварин), хвороби, переїзди чи сімейні стреси в цей період, жорстоке виховання.

Підлітковий період.

Вік статевого дозрівання, фізичні проблеми, пов'язані з дозріванням, сімейна підготовка до сексуальності, перший сексуальний досвід, шкільний досвід, успішність та соціалізація. Самодеструктивні способи поведінки (розлади харчування, використання ліків, суїцидальні імпульси, антисоціальні патерни); хвороби, втрати, переїзди або сімейні стреси в цей період.

Доросле життя.

Професійний шлях, стосунки на роботі, адекватність актуальних інтимних стосунків, ставлення до дітей, хобі, здібності, що приносять задоволення або самоповагу.

Актуальний психічний статус.

Загальне враження, стан афектів, настроїв, мова, тестування реальності, рівень інтелекту, пам'ять, оцінка надійності інформації. Гіпотези про можливий розвиток проблем (наприклад, при депресії – можливість суїциду).

Підсумок.

У клієнта варто запитати, чи немає іншої важливої інформації, про яку його не запитали, а також, як він себе почував під час бесіди. Чи йому було комфортно і чи не хоче він щось сказати з цього приводу.

Висновки.

Головні актуальні теми, області фіксації і конфлікти, психологічні захисти, притаманні клієнтові, неусвідомлені фантазії, потреби та страхи, непростачені образи, неоплакані втрати, цілісність власного «Я» і самооцінка.

Також важливо з'ясувати: що клієнт очікує від терапії, як він раніше давав собі раду з симптомами, якщо такі були; чи немає серйознішої проблеми за симптомами, найважливіші об'єкти з минулого, чи немає дифузії ідентичності.

Структура обстеження в КПТ (Український інститут когнітивно-поведінкової психотерапії)

1. Вступна частина: знайомство, очікування від даної сесії.
2. Обстеження проблеми та причини/мети звернення (поведінкові, когнітивні, емоційні, та фізіологічні симптоми; описати останній епізод).
3. Дослідження контексту теперішнього життя клієнта (робота, навчання, стосунки).
4. Дослідження минулого (дитинство, стресові події), передумов до виникнення проблеми (фактори схильності, особистість, ресурси).
5. Додаткові обстеження, опитувальники, обстеження психічного статусу.
6. Заключна частина: підбиття підсумків, побудова формулювання, проведення психоедукації, узгодження цілей

та плану допомоги, терапевтичний контракт. Зворотній зв'язок, подальші домовленості, домашні завдання.

Завдання 4.1. Зробіть порівняльний аналіз схем обстеження в психоаналітичному та когнітивно-поведінковому ключі. Що спільного та відмінного між ними?

4.2. Процес побудови формулювання

Головне місце в успішному застосуванні КПТ займає побудова формулювання (концептуалізація випадку): це індивідуальна карта, яка допомагає зрозуміти та пояснити проблеми клієнта. Зазвичай формулювання містить у собі:

- опис проблеми (розладу);
- опис того, як розвинулася проблема і які фактори спричиняли її розвиток;
- опис того, які фактори підтримують певну проблему/розлад.

Добре формулювання дає відповіді на питання: Які проблеми є у клієнта? Як і чому вони виникли (походження)? Як вони підтримуються (пояснення)? Як їх подолати? Які труднощі можуть виникнути в процесі терапії? Які є ресурси у клієнта для подолання проблем?

Схематичне зображення формулювання, запропоноване Українським інститутом когнітивно-поведінкової психотерапії (О. Романчук), виглядає так як на рис. 4.1.

З метою заповнення складових цього формулювання психологу необхідно зібрати та осмислити таку інформацію:

- перелік симптомів, проблем, розладів – та їх вияви і взаємодія на рівні думок, емоцій, фізіологічних відчуттів та поведінки + історія розвитку проблеми/розладу+історія спроб копінгу;
- підтримувальні процеси;
- наслідки. І загалом вплив хвороби на теперішню життєву ситуацію.
- ресурси, ефективні копінг-стратегії;
- тригери (фактори, що загострюють, викликають симптоми);
- модифікуючі фактори (зменшують чи збільшують інтенсивність вираження проблеми);

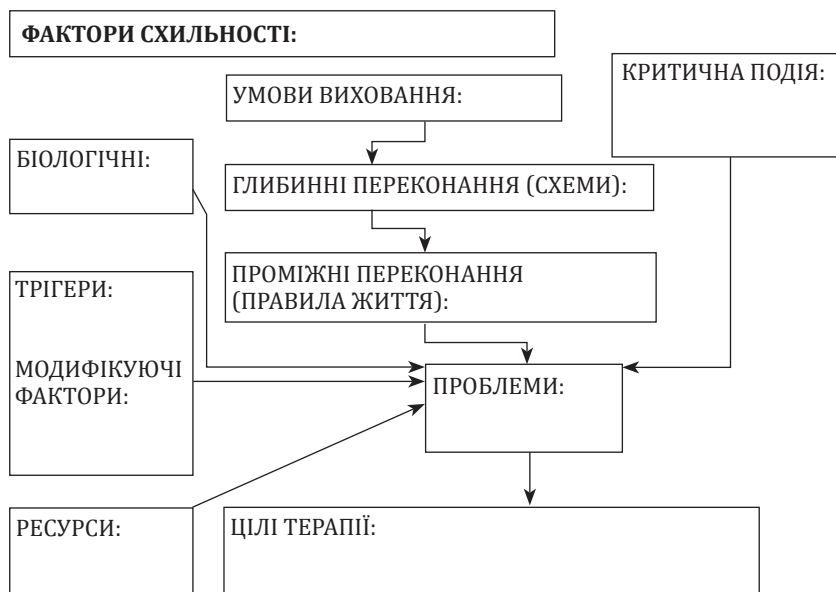


Рис. 4.1. Шаблон формулювання в КПТ моделі

- минуле (особистість, переконання, схеми) – фактори схильності, ризику.
- критичний випадок.

За Д. Вестбруком (2014) формулювання у КПТ зосереджує увагу на поточних підтримувальних процесах. Їх виявлення допомагає клієнтові й терапевтові (психологу) зрозуміти важливі процеси, а також сформулювати ключові мішені для плану терапії (мета якого полягає у тому, щоб розірвати конкретні підтримувальні процеси).

Добре обстеження та формулювання допомагають побудувати терапевтичний стосунок, спільно дослідити проблему, закладають підґрунтя для подальшої співпраці, допомагають створити план допомоги клієнту та часто мають додатковий психотерапевтичний ефект. Однак така концептуалізація має бути гнучкою та піддаватися критичному переосмисленню. Важливо пам'ятати, що люди часто набагато складніші та цікавіші, аніж це допускають наші діагностичні категорії.

Концептуалізація випадку значною мірою залежить від приналежності психолога (психотерапевта) до обраної психологічної парадигми.

Практичні завдання

Завдання 1. Робота в трійках (особа А – психолог, особа Б – клієнт, особа С – спостерігач). Провести обстеження та спільно з клієнтом побудувати формулювання (опис випадку додається). Обговорення переживань, труднощів, що виникали. Дискусія. Порівняння формулювань між підгрупами.

Завдання 2. Спробувати побудувати формулювання з клієнтом поза групою. Принести ці формулювання на заняття (супервізію) та обговорити їх. З якими проблемами зіштовхувалися? Як Ви можете їх подолати?

Питання для самоперевірки

1. Для чого потрібне обстеження та формулювання?
2. Якою є послідовність проведення обстеження?
3. Що таке тригери, модифікуючі фактори, критична подія, фактори схильності, підтримуючі цикли у формулюванні?
4. Які проблеми можуть виникнути під час обстеження/формулювання?
5. Порівняйте процедуру проведення обстеження в психоаналізі, КПТ та інших напрямках психології.

Література

1. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 420 с.
2. Маквільямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2004. 480 с.
3. Мироненко О. Первинне інтерв'ю в психотерапії: від контакту до діалогу (брошура).

Тема 5

РОБОТА З ГЛИБИННИМИ («СХЕМАМИ») ТА ПРОМІЖНИМИ («ПРАВИЛАМИ ЖИТТЯ») ПЕРЕКОНАННЯМИ

5.1. Глибинні переконання та правила життя: процес формування.

5.2. Терапевтичні втручання в процесі «зцілення» схем.

5.1. Глибинні переконання та правила життя: процес формування

Нині великої популярності та наукової обґрунтованості набуває метод схема-терапії (третя хвиля КПТ), що є розроблений Джеффри Янгом.

Чому важлива робота з глибинними та проміжними переконаннями?

– Вони є факторами схильності до розвитку окремих розладів, тому важливо працювати з ними для попередження рецидиву.

– Можуть бути проблемою самі собою та впливати на якість життя.

Що таке глибинні переконання /схеми (ГП, РДС)?

1. Це внутрішні конструкти, які відображають та зорганізують знання (про себе та про стосунки), набуті в результаті життєвого досвіду (раннього дитинства, але не тільки). За Дж. Боулбі – внутрішні робочі моделі.

2. Відповідно, ці конструкти становлять структуру особистості людини.

3. Виявляються у сфері почуттів, думок, тілесно-рухових патернів, сприйнятті соціальних ситуацій. Виявляються у вигляді загальних та остаточних тверджень («Я поганий», «Нікому не можна довіряти»).

4. Більшою чи меншою мірою усвідомлені.

5. Схеми можуть бути здорові (адаптивні) та негативні (дисфункційні). Наприклад, опірність організму до стресу.

6. Розлад особистості (напротивагу особистісної зрілості) – дисфункційні схеми, виражені до такого ступеню, що людина не може мати щасливе, повноцінне життя. Коли активується схема, виникають сильні негативні емоції: тривога, смуток, відчуття самотності. Клієнти зі складними розладами особистості за схемами-опитувальниками Янга отримують високі бали з багатьох схем.

Клінічний приклад

Олеся, 25-річна дівчина, котра працює по 10–12 годин навіть у позаробочий час. Добре знає англійську мову, активна та продуктивна, бере участь у міжнародних проектах. Коли зустрілася з друзями в кафе і вони почали розповідати про свої успіхи на роботі, настрій відразу погіршився. «Відчула себе некомпетентною, дурепою та самозванкою, тривога почала «затоплювати» (серце вискакувало, руки пітніли), у тілі з'явилося відчуття скутості, ніби я зменшуюся у розмірах. Здавалося, що усі насміхаються з мене. Хотілося все залишити і втекти, було дуже соромно». Олеся в дитинстві пережила багато критики з боку батька, мати ніколи не захищала її.

***Завдання 5.1.** Чи помітними тут є прояви схем, яких саме? Як схеми виявляють себе на рівні когніцій, емоцій, тілесно-рухових патернів, сприйняття соціальних ситуацій? Що важливо знати про процес формування схем?*

Подано деякі тези, запропоновані психотерапевтом, екс-директором Українського інституту когнітивно-поведінкової психотерапії О. Романчуком:

- дитина народжується з базовими потребами і базовим вектором здорового розвитку (особистісна зрілість);
- задоволення психологічних потреб вимагає належних умов (з боку батьків та соціального оточення);
- не завжди психологічні потреби дитини є задоволені;
- дитина змушена вижити у тому середовищі, в якому вона зростає. Відповідно у неї формуються моделі/схеми, які допомагають організувати взаємодію з оточенням;
- чим дисфункційніше середовище і менше ресурсу, тим дисфункційніша схема та копінг-стратегії виживання;
- проблемою РДС є їхня ригідність та схильність до самопідтвердження;

– процес корегування схем – альтернативний досвід, що задовільняє базові психологічні потреби і відновлює траєкторію здорового особистісного розвитку;

– психотерапія (стосунки з психологом) може бути однією з форм такого коригувального досвіду.

Янг вважає, що кожна сфера схем пов'язана з однією із 5 груп базових потреб людини (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Зв'язок між сферами схем і базовими потребами

Сфера схем	Базові потреби
Втрата зв'язку й відкинення (Сх.: дефективності, недовіри, емоційної депривації).	Безпечна прив'язаність, прийняття, турбота.
Обмеження автономії та здатності досягати успіху/реалізувати себе (Сх.: залежності, очікування на катастрофу, некомпетентності, злиття).	Автономія, компетентність, відчуття власної ідентичності.
Порушення меж (Сх.: особливого статусу та прав, недостатнього самоконтролю).	Реалістичні межі, самоконтроль.
Спрямованість на інших (Сх.: самопожертви, підкорення, пошуку визнання).	Свобода вираження потреб та емоцій.
Надмірна пильність та інгібіція (Сх.: емоційної інгібіції, надвисоких стандартів, покарання).	Спонтанність та гра.

На процес формування схем можуть впливати такі фактори:

1. Незадоволення базових потреб:

- дитина не отримує чогось, щоб мала отримати (занедбаня);
- дитина отримує щось, чого б не мала отримати (скривдження);
- дитина отримує надміру чогось, що є добрим в нормальних межах (гіперопіка, вседозволеність, ідеалізація дитини).

2. Дитина інтерналізує або ідентифікується з кимось із батьків, моделює їхню поведінку, переймає їхні схеми.

3. Психотравмувальні події.
4. Темперамент (наприклад, неспівпадіння та неприйняття мамою темпераменту дитини).

5. Роль соціального середовища на подальших етапах життя.

6. Вплив культури.

Коли схеми активовані – вони викликають зазвичай «біль», а тому люди, знаходять спосіб копіngu, тобто компенсаторну поведінку/стиль життя, які відображаються у проміжних переконаннях («правилах життя»). «Якщо..., то...».

Три базові копіng-стратегії відповідають трьом типовим реакціям на небезпеку:

– **«Завмри!»** – *здатися* схемі (наприклад, терпіти погане ставлення, бо ти і так нікому не потрібен).

– **«Втікай!»** – *уникнення* подій/ситуацій, що можуть активувати схему (наприклад, уникнення близьких стосунків, зловживання психоактивними речовинами).

– **«Нападай!»** – *гіперкомпенсація* – досягнути/доказати протилежне до схеми (наприклад, кривдити, щоб тебе не кривдили; усе робити бездоганно, щоб не зазнати критики та не виявитися невдахою).

Клінічний приклад

Вікторія, 30-річна медсестра, має необґрунтовані нав'язливі думки про присутність у неї психічних розладів психотичного рівня, депресію. Часто на роботі виникають конфлікти, потребує особливого ставлення до себе, визнання та захоплення, а як цього не отримує, то дуже страждає. З іншого боку, вірить, що не заслуговує на любов та повагу. Усю себе вкладає в роботу, а як там виникають труднощі, дуже болісно переживає це. Великого значення надає зовнішнім атрибутам статусу, одягу та зовнішності. Стосунки з чоловіками не складаються, уникає їх, хоча мріє про одруження. Дуже боїться, що як матиме близькі стосунки, то хлопець довідається, що вона «пуста» всередині, а зовні є лише «обгортка від цукерки». У дитинстві Вікторія була свідком насильства в сім'ї, тато зловживав алкоголем. Переживала багато сорому.

Завдання 5.2. Які глибинні переконання/схеми (ГП) Ви тут помітили? Сформулюйте правила життя (ПЖ) Вікторії.

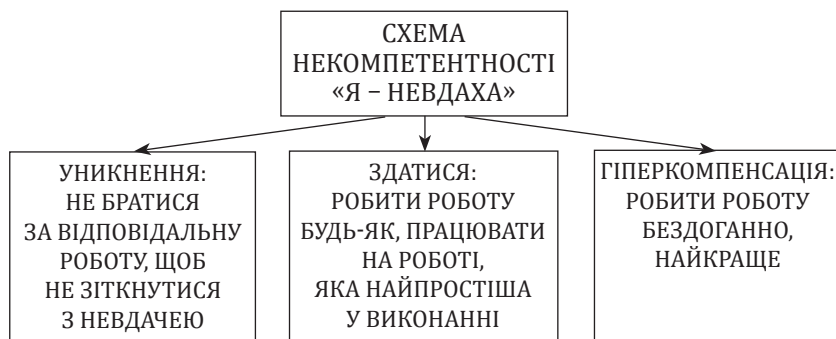


Рис. 5.1. Приклад трьох копінг-стратегій у схемі «Некомпетентності»

Під час розгляду теми 3 зауважено про значущість відстеження підтримуючих циклів у процесі побудови формулювання. Наші копінг-стратегії також виконують важливу роль у підтриманні наших глибинних переконань (РДС), що робить їх ригідними до змін та поглиблює хворобливий/проблемний процес.

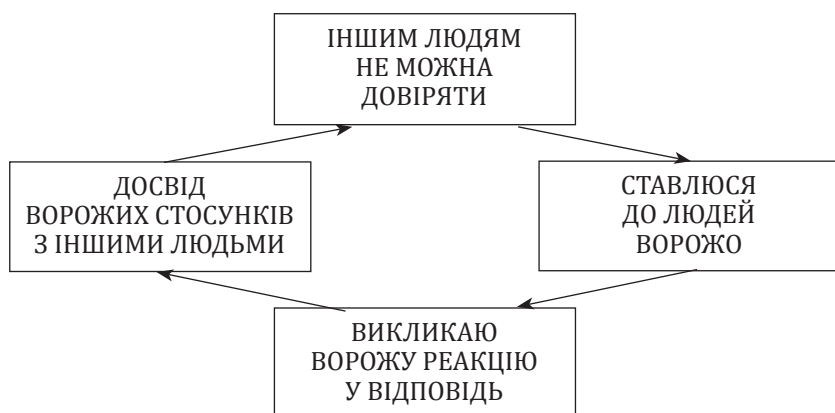


Рис. 5.2. Проблема ригідності схеми «Недовіри»

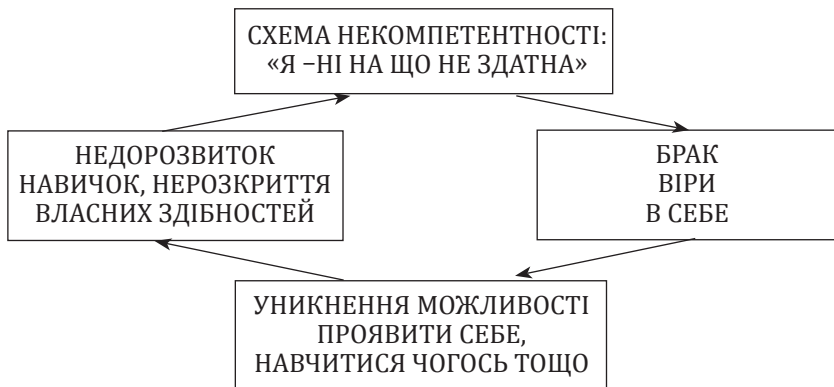


Рис. 5.3. Самопідтвердження схеми «Некомпетентності»

5.2. Терапевтичні втручання в процесі «зцілення» схем

Основна мета роботи з копінг-частками (за Арнц А., Якоб Г., 2014) – навчити клієнта протистояти копінг-часткам, допомогти йому ідентифікувати їх, зрозуміти їхні головні функції та розвиток, а також обмежити використання цих часток у щоденному житті та змінити на більш здорові копінг-механізми. У дитинстві та підлітковому віці копінг-частки виконували адаптивну функцію, однак у дорослому житті вони пов’язані з серйозними міжособистісними труднощами.

Клінічний приклад

Кароліна, 23-річна дівчина, котра працює в офісі. На психотерапію звернулася тому, що має труднощі у стосунках з хлопцем: «Відчуття, що я мама, а не дівчина, все маю вирішувати. Хлопець перестав працювати, немає жодних обов’язків по дому». Схильна швидко вступати в сексуальні стосунки, розпочинати спільне життя з чоловіками, але більшість історій завершуються подібним сценарієм («Я їх усиновлюю»). Кароліна часто відчуває неконтрольовану злість, б’є чоловіків. На роботі продуктивна, швидко просувається у кар’єрі.

В імагінативній вправі «маленька Кароліна» переживає за молодшу сестричку, яку п'яні батьки забули на морозі біля дому, біжить рятувати її, відчуває шалену злість до мами з татом через те, що забрали в неї дитинство.

Кароліна зростала в сім'ї, де мама з татом зловживали алкоголем, мама постійно змінювала партнерів, а їй доводилося виховувати, годувати та дбати про молодших братів і сестер. В дитинстві пережила скривдження та насильство, часто доводилося приводити до дому п'яних батьків.

У процесі психотерапії Кароліна усвідомила, що, з одного боку, намагається вибрати для себе безпечних партнерів, «щоб вони були і мамою і татом» (це не реально), а з іншого – має глибоко вкорінене правило життя: «Якщо перестати контролювати, то все розвалиться».

Завдання 5.3. Які варіанти роботи з Кароліною Ви можете запропонувати? На що варто звертати увагу? Запропонуйте власний план допомоги клієнці.

Інформацію про присутність тих чи інших схем у житті клієнта ми можемо отримати з: інтерв'ю про наявні проблеми та сфокусованого дослідження минулого та історії розвитку, невербальної інформації, способів взаємодії клієнта з психологом/психотерапевтом, використання техніки діагностичної уяви, використання опитувальників (схема-опитувальник Янга YSQ-L3, YSQ-S3), самодіагностичних книг.

Техніка «Спогад з дитинства» (діагностична уява):

1. Пояснення для чого ця вправа.
2. Безпечне місце.
3. Негативний спогад з дитинства (можна безпосередньо задати тему відповідно до вашої гіпотези про ГП – «Коли Ви вперше чулися поганою, не вартою любові?», а можна відштовхуючись від останньої негативної події) – прохання описати зі заплющеними очима у теперішньому часі.
4. Що Ви відчуваєте? Що думаєте? Що хочете сказати? Що потребуєте?
5. З теперішньої дорослої позиції, що би Ви хотіли, щоб було по-іншому, що хотіли б змінити, дати вашій внутрішній дитині?

6. Можливий варіант – повернення в теперішню проблему, де чуєтеся так само.

7. Безпечне місце.

8. Обговорення. Емоційна стабілізація.

Більшість схем записані в імпліцитній (довербальній) пам'яті, тому когнітивних технік може виявитися недостатньо для їх опрацювання. Однак для початку важливо перевести схему з Его-синтонного у Его-дистонний формат.

1. Важливим є усвідомлення схем на когнітивному рівні: як вони працюють, до чого ведуть, з чого походять.

2. Активація та трансформація схем на «глибинному» рівні (емоційному) – експериментальний компонент роботи, що дає новий емоційний досвід.

3. Перенесення нових взірців «життя» у щоденне життя – поведінково-стосунковий компонент роботи.

4. Робота з минулим, зміна автобіографічної пам'яті.

5. Важливим компонентом у роботі зі схемами є терапевтичний ефект стосунку з психологом/психотерапевтом (повторне батьківство).

Техніка копінг-карточок на випадок активації схеми:

- Аналіз подій: ситуація–думка–емоція–дія.
- Яка схема активувалася? Чи я розумію, чому в цій ситуації вона активувалася?
- Як я можу протистояти цій схемі? Що я маю «їй сказати»?
- Як моя нова здорова схема могла би визначити моє сприйняття певної події?
- Як би я мав діяти, виходячи з нової схеми?

Таку картку можна розробити на майбутню ситуацію, коли треба бути готовим, що активується схема.

Важливо також розуміти, що у практичних психологів/психотерапевтів можуть активізовуватися власні схеми при роботі з клієнтами. У цьому місці важливо досліджувати, розуміти та концептуалізувати власні реакції, оскільки це може суттєво перешкоджати роботі (наприклад, схема емоційної депривації у клієнта та емоційної інгібіції у психолога). У цьому місці можуть допомогти інтерв'язія, суперв'язія та власна психотерапія.

Практичні завдання

Завдання 1. Спробуйте дослідити і виявити власні глибинні переконання та правила життя. Постарайтеся вловити свої думки, а надто, коли Ви засмучені або змінився настрій. Можливо часто люди, котрі вас оточують, дають подібні коментарі про вашу поведінку в критичних ситуаціях. Про що вони говорять?

Завдання 2. Виявіть власні схеми, використовуючи методикау Янга YSQ-S3. Чи Ви погоджуєтесь з отриманими результатами?

Завдання 3. Виконуючи вправу «Спогад з дитинства», чи вдалося виявити власну незадоволену базову потребу? Якщо так, яку саме?

Питання для самоперевірки

1. Що таке глибинні переконання/дисфункційні схеми?
2. Що таке проміжні переконання/правила життя?
3. Що таке копінг-стратегії? Якими вони бувають?
4. Як взаємопов'язані схеми та базові потреби дитини?
5. Перелічіть психотерапевтичні втручання при «зціленні» схем.
6. У чому нам може допомогти техніка «Спогад з дитинства» (діагностична уява)?

Література

1. Арнц А., Якоб Г. Схема-терапія: модель роботи з частками. Львів : Свічадо, 2014. 264 с.
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 420 с.
3. Arntz, A., Bernstein, D. P., & Jacob, G. (2013). Schema Therapy in Practice. An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. John Wiley & Sons: Chichester.
4. Jacob, G., Hannie van Genderen & Seebauer, L. (2015). Breaking Negative Thinking Patterns: A Schema Therapy Self-Help and Support Book.

Тема 6

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ДЕПРЕСІЇ

6.1. Клінічна презентація депресії.

6.2. Протокол психотерапії депресії в КПТ.

6.1. Клінічна презентація депресії

Депресія – одна з найпоширеніших проблем психічного здоров'я, її іноді називають «звичайною психіатричною застудою» (Д. Вестбрук, 2014). А. Корб (2019), описуючи депресію, зазначає про те, що легко «загрузнути у низхідній спіралі». Наприклад, якщо вас запрошують на вечірку, але промайнула думка «Не впевнений/на, що там буде весело», Ви відмовляєтеся від пропозиції. Натомість залишаєтесь на дивані дивитись телевизор. Наступного дня Ви довго спите, а відчуття браку сил зростає. Ніхто не телефонує, Ви відокремлені від світу, а імовірність із кимось поспілкуватися мінімізується. Доволі швидко може стати сумно і самотньо, а кожне рішення здаватиметься неправильним. Між «повсякденною» депресією та «клінічною» депресією немає чіткої межі, однак, те, що ми називаємо депресією у щоденному житті, не завжди є нею.

До клінічних симптомів депресії відносять:

- пригнічений настрій;
- втрату відчуття задоволення (ангедонію);
- значну втрату чи збільшення ваги (апетиту);
- безсоння чи гіперсомнія;
- ажитацію чи загальмованість;
- втому, втрату енергії;
- посилення відчуття нікчемності або вини;
- знижену концентрацію уваги;
- меланхолійні чи суїцидальні думки;
- сповільнення мислення, мовлення, рухів.

Коли 5 і більше перелічених симптомів виявляються майже весь день і щодня протягом щонайменше двох тижнів, спричиняючи водночас значний дискомфорт або порушення нормального функціонування людини, то такий стан психіатри називають *великим депресивним епізодом*. Найбільша відповідальність є на двох ділянках мозку – префронтальній корі (мислення) і лімбічній системі (почуття). У стані депресії спостерігаються розлади у діяльності та взаємодії цих ділянок. Префронтальна кора, область мислення, мусить контролювати пов'язану з почуттями лімбічну систему, але в неї не виходить (А. Корб, 2019).

Різноманіття депресії: 1) депресивний розлад; 2) дистимія; 3) біполярний розлад; 4) шизоафективний розлад; 5) депресивний розлад, спричинений медичним захворюванням, дією психоактивних речовин.

Коли ми говоримо про *дистимію*, то знаємо, що часто вона не діагностується, однак суттєво впливає на якість життя та потребує 3-х виявлених *критеріїв* депресії *впродовж 2-х років*.

40–90% людей, що мають депресію, мають і супутні (коморбідні) розлади: тривожні розлади, ПТСР, зловживання алкоголем, розлади особистості тощо.

Прояви депресії у дітей та підлітків мають свої особливості:

- діти часто заперечують поганий настрій, не можуть вербалізувати свій емоційний стан;
- їхній настрій – дратівливий, мінливий, плаксивий;
- соціальна ізоляція;
- погіршення навчання, неухважність;
- невпевненість, нерішучість;
- соматичні скарги;
- «погана» поведінка.

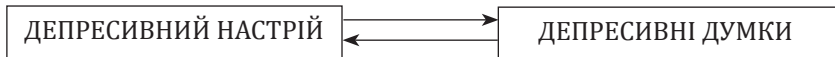
Класична модель депресії Бека ставить у центрі «депресивну когнітивну тріаду», тобто модель негативних думок про:

- *себе* (провина, звинувачення, самокритика) – «Я нездара...»;
- *світ, теперішній і минулий досвід* (увага на негативному, ангедонія) – «Все погано, нікому немає до мене діла...»;

– майбутнє (песимізм, безнадія) – «Все завжди буде так, мені ніколи не стане краще, я нічого не можу зробити...».

Під час депресії в людини відбуваються зміни і в хімічних процесах мозку (біологія), і способах її думання та переживання (психологія). В темі 4 та 5 було згадано про підтримуючі цикли. Виокремимо найвластивіші в *когнітивно-поведінковій моделі* цикли депресії (за О. Романчуком).

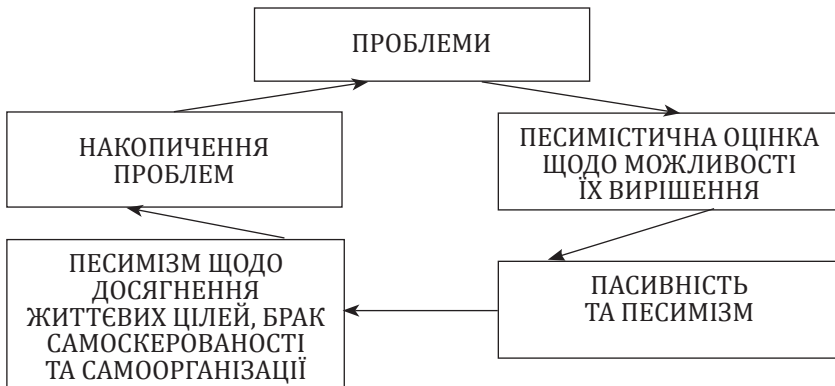
Цикл № 1 «Депресивного мислення»



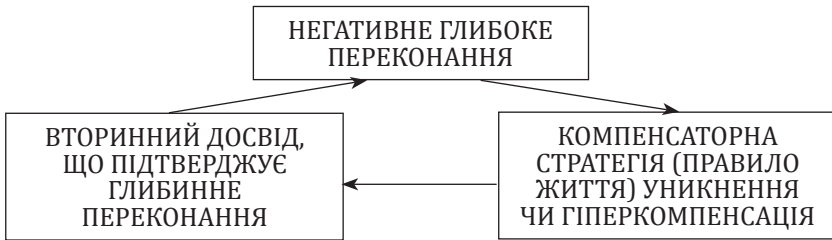
Цикл № 2 «Депресивних дій»



Цикл № 3 «Невирішення проблем»



Цикл № 4 «Проміжних і глибинних переконань»



У феноменологічній моделі депресії акцентовано на іншому – розглядається індивідуальний досвід та переживання хвороби як організоване страждання, що втрачено та ін.

Доведено, що люди народжуються з більшою чи меншою схильністю до депресії і ця схильність успадковується (генетична). Однак схильність до депресії не обов'язково приведе до неї. Щоб виникла депресія, мусить спрацювати пусковий механізм, критична подія. Виховання, події життя також мають вагомий вплив. Хтось може народитися з вродженою схильністю до депресії (біологія), але не хворітиме на неї доти, поки не трапиться з ним якась травматична подія (психологія) (Д. Вестбрук, 2014).

6.2. Протокол психотерапії депресії в КПТ

При подоланні депресії помічними можуть бути і *антидепресанти* (біологія), і *психотерапія* (психологія). За даними деяких досліджень, найефективнішим є поєднання медикаментозного та психологічного лікування. При *легкій формі* депресії рекомендованим є *підтримуюче КПТ*, *помірній депресії* – *КПТ* або *антидепресанти*, *важкій формі* – і *КПТ* і *антидепресанти* (рекомендації NICE). Також відомо, що втримати психотерапевтичний ефект через 1 рік вдається краще при використанні КПТ порівняно з антидепресантами. Інші форми психотерапії також можуть мати добрі результати при роботі з депресією, однак, бути менше описаними як доказові через брак наукових досліджень.

Отож лікування в моделі КПТ зосереджується на спробах визначити і змінити спосіб мислення («когнітивні» фактори)

і поведінку («поведінкові» фактори), що підтримують депресію (Д. Вестбрук).

Український інститут когнітивно-поведінкової психотерапії наголошує на важливих моментах типового плану терапії депресії:

1. *Обстеження і формулювання* (пошук основних поведінкових та когнітивних патернів, інформація від рідних, оцінка ризику суїциду, увага до манії, залежної та самопошкоджувальної поведінки).

2. *Психоедукація і соціалізація в моделі КПТ*. Рекомендації до самопомоги.

3. Встановлення цілей і плану терапії.

4. Відповідно до підтримуючих циклів:

– *поведінкова активація* (моніторинг активностей, планування діяльності);

– *ранні когнітивні стратегії* – відволікання уваги, ігнорування, підрахунок думок;

– *основна когнітивно-поведінкова робота* – виявлення та тестування неадаптивних думок (НАДів), поведінкові експерименти;

– *навчання навичок* (наприклад, міжособистісної взаємодії);

– *екзистенційні втручання* (зміст життя та ін.).

5. Робота з *негативними глибинними переконаннями та дисфункційними правилами життя*.

6. Робота зі супутніми проблемами та *коморбідними розладами*.

7. Робота на *попередження рецидиву* (інструменти самопомоги КПТ, майндфулнес, підтримуючий супровід).

Наведено кілька вправ, що використовуються в КПТ.

I. Коли йдеться про *поведінкову активацію*, клієнтам пропонують заповнити зазначену таблицю «Тижневий розклад діяльності» (Д. Вестбрук «Подолати депресію»).

Таблиця 6.1

Зразок «Тижневого розкладу діяльності»

Час	Понеділок	Вівторок	...
7.00	Прокинулася, вдягнулася 3-0 Д-5		
8.00	Приготувала сніданок для дітей, відправила до школи 3-1 Д-6		
9.00	Вигуляла собаку 3-3 Д-4		
....			

Слід записувати всю діяльність відразу після її виконання (депресивне мислення часто нав'язує позицію, що нічого цінного ми не зробили). Кожна записана година має два види інформації: 1) опис того, чим клієнт займається впродовж години; 2) «З» («задоволення») і «Д» («досягнення»). Числами від 0 до 10 позначено скільки клієнт отримав *задоволення* за цю годину (3-0) та як виконав те, що було складно зробити (досягнення Д-5). Рангуючи свої «задоволення» та «досягнення», клієнту важливо пам'ятати про рівень його теперішньої активності, а не про хвороби.

Аналізуючи тижневе заповнення таблиці, можна отримати реальну картину своєї активності; побачити, що приносить задоволення; використати інформацію для планування змін та подальших активностей (цілі мають бути невеликі і досяжні). Дослідження показують, що фізичні навантаження (прогулянки, біг, плавання) мають терапевтичний вплив на настрій (навіть прирівнюються до ефекту від антидепресантів), а тому варто записати їх у свій щоденник планування активностей.

II. Ранні когнітивні стратегії. Добре працює для тих, хто має велику кількість негативних думок впродовж дня. Це короткотермінова стратегія долання негативних думок, однак вона не змінює їх.

- Перелічити всі зелені предмети навколо себе або кількість цеглин у стіні тощо.

- Докладно описати все, що бачить, чує, відчуває на запах чи дотик клієнт.

– Думати про якусь річ, наприклад, дерево, зосередившись на ньому. Побачити кольори, форму листків, фактуру стовбура та ін.

– Впр. «*Радіо*». Клієнт має уявити, що думки, які постійно крутяться в його голові, є лише голосом пропагандистської передачі на радіо, що постійно спотворює інформацію і ставитися до них, як до думок, а не істини («Ти нікчема», «Тобі нічого не вдасться», «У Тебе немає майбутнього»). КПТ сповідує гасло: «Факт, що я маю думку, не робить цю думку фактом!».

III. Основна когнітивно-поведінкова робота: виявлення та тестування НАДів.

Вважається, що негативні думки відіграють головну роль у підтриманні депресії. Клієнта просять впродовж тижня записувати в таблицю думки, що виникають (якомога ближче до реального часу появи) у ситуаціях, коли суттєво погіршився настрій.

Таблиця 6.2

Приклад запису думок

Дата/ час	Ситуація	Сила емоцій (0–100%)	Думки, переконання (0–100%)
5.03. о 10.00 ...	Діти погано поводяться	Злість (60), Сум (80)	«Діти завжди погано поводяться» (60), «Я дуже погана мама» (90)

Далі клієнту пропонується працювати з типовими НАДамаи:

1. Чи є ознаки «помилки мислення» (*когнітивні фільтри*): чорно-біле мислення, узагальнення, читання думок, передбачення та ін.

2. Перевірка істинності НАДів: *докази «за»* (приклади нетерплячості чи злості до дітей) і *«проти»* (приклади турботи про своїх дітей).

3. Які є альтернативи? Що б Ви сказали своєму другові в цій ситуації?

4. Пробуємо *виробити точнішу та реалістичнішу версію* («Я не жахлива мама. Як і більшість людей, іноді даю собі раду з дітьми і це виходить у мене добре, а іноді – не дуже (зокрема,

коли погано себе почуваю). Так, що я така сама, як і більшість матерів».

5. Застосовуємо поведінкові експерименти з метою збору інформації, яка допоможе клієнту протестувати НАДи і нові альтернативні думки (поспілкуватися з іншими мамами на тему прояву злості).

Часто у психологів постає питання чи потрібно запитувати клієнта про його суїцидальні думки та наміри. Дослідження підтверджують, що розпитування про самогубство не призводить до виникнення ідеї про самогубство, але може врятувати людині життя. Тоді виникає питання як розпитувати про самогубство? Ось деякі корисні запитання:

– Чи буває так, що вам хочеться, щоб одного разу все закінчилося?

– Лягаючи спати, чи іноді Ви думаєте про те, що зранку вам не хочеться прокидатися і Ви були б раді, щоб хтось допоміг вам не прокидатися ніколи?

– Чи виникають у вас інколи ідеї про те, щоб припинити все самому?

– Чи буває так, що іноді Ви думаєте про те, щоб заповідати собі смерть?

– Чи є ймовірність, що Ви справді можете це зробити?

Якщо клієнт ствердно відповідає на перше запитання, ми задаємо наступне і так поступово досліджуємо проблему все глибше і глибше.

Є багато теорій (і біологічних, і психологічних), що пояснюють причини і механізми виникнення депресії. Добра концептуалізація та вдалий вибір терапевтичних інтервенцій здатні суттєво впливати на якість життя.

Практичні завдання

Завдання 1. Пригадуючи досвід власного поганого настрою чи депресії, які думки або поведінкові зміни були найтипівішими для вас? Спробуйте проговорити це в трійках.

Завдання 2. Робота в малих групах: сформулюйте 10 правдивих фактів та 10 міфів про депресію.

Завдання 3. Рольова гра: психолог, клієнт, спостерігач. Спробуйте разом з клієнтом заповнити таблицю «Тижневий розклад діяльності» та «Бланк для запису тестування думок». Які труднощі виникали?

Питання для самоперевірки

1. Перечисліть клінічні симптоми депресії.
2. Якими є прояви депресії у дітей та підлітків?
3. Що таке дистимія? Чим вона відрізняється від депресії?
4. Назвіть та охарактеризуйте підтримуючі цикли при депресії. Чому їх важливо розуміти?
5. Які техніки КПТ можна використовувати при роботі з депресією?
6. Прокоментуйте план терапії депресії в КПТ.
7. Чи потрібно запитувати в клієнта з депресією про суїцид? Як це робити?

Література

1. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 420 с.
2. Вестбрук Д. Подолати депресію. Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2014. 94 с.
3. Корб А. У пастці депресії. Як подолати тривожність і радіти життю. К. : Наш формат, 2019. 216 с.
4. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією. К. : Віхола, 2020. 176 с.

Тема 7

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ

- 7.1. Фази та завдання процесу переживання втрати.
- 7.2. Робота з ускладненою реакцією втрати.
- 7.3. Особливості допомоги дітям при переживанні втрати.

7.1. Фази та завдання процесу переживання втрати

Складно прожити життя, не маючи втрати. Процес переживання її ще називають гострим горем. Втрати можуть бути різними – смерть близької та значущої для нас особи, розлучення, втрата бізнесу, власної частини тіла чи органу, власних спроможностей, ілюзій тощо. Зазвичай цей процес болісний, але природній.

Виділяють кілька стадій (фаз) переживання втрати:

1. *Шок/заціпеніння або заперечення.* «Я не можу повірити...». Цей стан часто супроводжується відчуттям дереалізації/деперсоналізації; притаманними можуть бути паніка, злість або «замороженість», «відчуженість». З'являється багато соматичних відчуттів: стискає в горлі, біль в грудях, запамороченість та ін. Орієнтовний час: від кількох годин до 5–7 днів (іноді до 2 тижнів).

2. *Усвідомлення та оплакування втрати.* Поступово людина починає усвідомлювати, що насправді сталося, однак нав'язливо шукає відповіді на запитання: «Чому так сталося?», «Чому саме зі мною?». Емоційна дезорганізація характеризується сильними почуттями злості та провини, туги за померлою особою, усі думки скеровані на неї. Орієнтовний час: від кількох місяців до кількох років.

3. *Примирення та емоційне виснаження.* Інтенсивні почуття попередньої фази «вигорають», настає емоційне та фізичне виснаження («Вже немає сил»), відчуття пустки, хочеться усаїтнитись, однак поступово приходиться відчуття примирення.

4. Реорганізація та повернення до життя. Пустка починає поступово заповнюватися, але життя потребує реорганізації. Настає полегшення, повертається енергія. Померлій особі відводиться «спеціальне» місце, відновлюються стосунки з рідними та друзями.

5. *Пошук сенсу та переосмислення життя.* Пережиття смерті близького часто закликає переосмислити життя. Рідні намагаються надати змісту трагічній події та з оновленими цінностями жити далі.

Завдання 7.1. *Зобразіть «криву розставання» Елізабет Кіблер-Росс. Перечисліть та охарактеризуйте кожну з фаз. Що вона може нам дати для власної практики?*

Якщо раніше акцентувалося в цій темі на етапах переживання втрати, то тепер більшого значення надається завданням, які необхідно вирішити на кожному з етапів.

**Завдання, пов'язані з пережиттям втрати
(за Worden, 2007)**

та двокомпонентна модель (Stroebe, 1999)

I. Процес, пов'язаний із втратою (відокремлення):

1. Визнати реальність втрати.
2. Оплакати втрату і примиритися з нею.
3. Відвести втраченій особі нове місце в пам'яті та в житті.

II. Процес, пов'язаний з адаптацією до змін та «продовженням життя» (реконструкції):

1. Переосмислити зміст життя, власну ідентичність.
2. Реорганізувати своє життя і навчитися жити без втраченої особи, адаптуватися до змін.

Як зазначалося, цей процес є природнім, однак його перебіг – індивідуальним та залежним від низки чинників: ким була втрачена особа, яким був стосунок з нею, види та обставини смерті, наявність чи відсутність підтримки, супутні стреси, можливість «попрощатися». Важливим фактором також є особистість, котра переживає втрату (психічне здоров'я, минулий досвід, вік, емоційна компетентність та ін.). Важливо пам'ятати, що поділ на фази є умовним та часто може бути асинхронним у сімейній системі (наприклад, чоловік знаходиться на фазі повернення до життя, а жінка – оплакування втрати дитини, що спричинює сімейні конфлікти).

7.2. Робота з ускладненою реакцією втрати

Коли природній процес переживання втрати блокується або перебігає в патологічний спосіб, говоримо про *ускладнену реакцію втрати*. Це може відбуватися в різний спосіб та стосуватися будь-якої фази перебігу втрати:

1. *Стійке заперечення реальності* – фантастичні пояснення тому, що людина не померла, це лише «короткотривала розлука» тощо.

2. *Стійке «замороження» почуттів* – витіснення почуттів, втеча в роботу, зовнішню активність, алкоголь. Усе, що нагадує про померлого – уникається.

3. Негайна потреба *замінити померлу особу*, наприклад, народження наступної дитини без проживання втрати попередньої.

4. Людина *не дозволяє собі радіти*, цікавитися чимось іншим.

5. Тривалі стійкі *соматичні скарги* (біль у грудях).

6. *Почуття провини* та стійкі самозвинувачення.

7. *Злість, одержимість помстою*.

Важливо розуміти, що немає чіткої межі між нормальним перебігом втрати та ускладненою реакцією втрати. Однак часто пережиття втрати блокується через відсутність внутрішніх («Я цього не зможу пережити») та зовнішніх («Не можу собі дозволити зараз») ресурсів, витіснені попередні втрати, сумнівні обставини смерті та ін.

У цьому випадку *ціллю допомоги є побачити перешкоди, які можуть заблокувати процес переживання втрати*

Таблиця 7.1

Форми підтримки у часі пережиття втрати

Позитивні форми підтримки	Негативні форми підтримки
<ul style="list-style-type: none">- Емоційна підтримка «Ми з Вами».- Практична допомога (по господарству та ін.).- Спільні спогади про втрачену особу.- Дозвіл у вільному висловленні почуттів.- Терпеливість.	<ul style="list-style-type: none">- Уникати особу/сім'ю через власний емоційний дискомфорт.- Уникати згадування померлої особи, щоб не завдати болю.- Мінімізація втрати, поради «замінити» втрачену особу.

та допомогти розблокувати його !!! Найважливіша роль рідних – це просто бути присутніми (без підштовхувань, розраджень, порад та вказівок). Важливо допомогти пройти усі етапи втрати, ПРОЙТИ, а не ОБІЙТИ!

Завдання 7.2. Які ще форми позитивної та негативної підтримки під час переживання втрати Ви можете назвати?

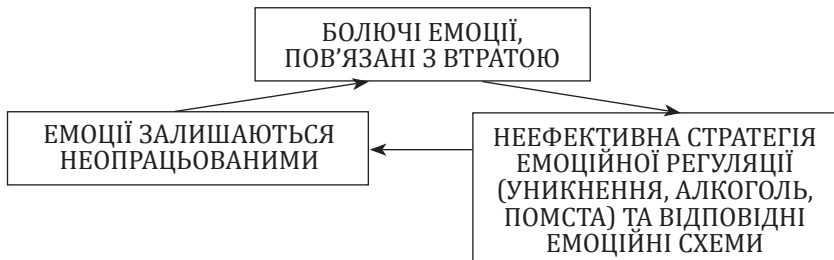
Якщо з тих чи інших причин блокується природний процес переживання втрати, потрібною може стати робота з психологом/психотерапевтом. Психологічна робота, зазвичай, починається з обстеження, фокусом уваги якого є такі запитання:

- Як особа переживає втрату? Емоції, думки, поведінка, тілесні відчуття, стосунки.
- Як справляється зі завданнями пережиття втрати?
- Яким був стосунок з померлою особою?
- Минуле, особистість.
- Гіпотези щодо підтримуючих циклів чи заблокованих процесів/завдань.

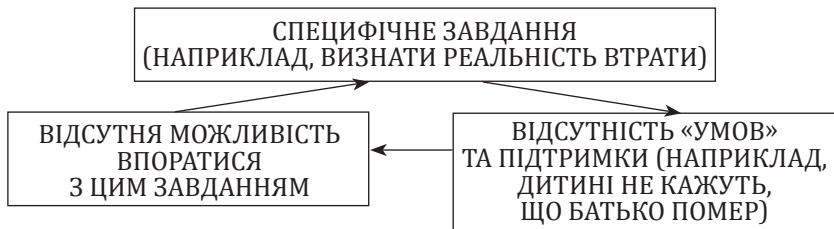
Типові *підтримуючі цикли* при ускладненій реакції втрати (за О. Романчуком):

Цикл № 1

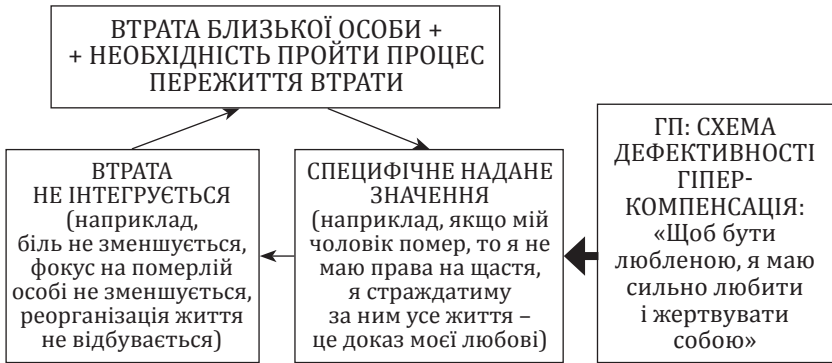
«Уникнення емоцій та проблемних форм емоційної регуляції».



Цикл № 2 «Відсутність умов для пережиття втрати».



Цикл № 3 «Наданого втраті значення».



Це приклади лише деяких можливих циклів. У кожному окремому випадку важливо зауважити індивідуальні цикли клієнта, що можуть перешкоджати природньому процесу проживання втрати та знайти шляхи «розблокування» перешкод.

При психотерапевтичній роботі в цій темі,
важливо звертати увагу на:

1. Індивідуальне формулювання клієнта.
2. Нормалізацію складного природнього процесу. Психоедукація.
3. Відновлення природнього процесу переживання втрати.
4. Значущість терапевтичного стосунку.
5. Розвінчування міфів.
6. Активізацію особистісних та соціальних ресурсів.
7. Використання доречних технік та ін.

До *технічної сторони* роботи з темою втрати можна віднести: записи в щоденнику, використання ритуалів, написання листів, імагінативні техніки та ін.

Тема роботи з втратою може мати свої *труднощі для психологів/психотерапевтів*: доводиться зіштовхнутися з відчуттям безсилля, часто багато запитань залишаються без відповіді, можуть активізуватися переживання стосовно особистих втрат та власні глибинні переконання («Я поганий психолог/психотерапевт») тощо.

7.3. Особливості допомоги дітям при переживанні втрати

Частою причиною звернення батьків до психолога є питання: чи потрібно говорити дитині про смерть когось з близьких та чи варто брати дитину на похорон? Як зробити процес переживання втрати для дитини найменш травматичним?

Відповіді психології на ці запитання є доволі однозначними:

- Повідомляти дитині про смерть близької людини є важливо.

- Можна використовувати терапевтичні історії, казки – залежно від віку.

- Якщо у дитини виникають запитання – необхідно на них відповісти.

- Важливо допомогти дитині говорити про свої переживання та почуття.

- Іноді доводиться спростовувати неправдиві переконання (наприклад, власної провини та ін.).

- Важливою є участь дитини у поминальних церемоніях та ритуалах (але завжди орієнтуємось на дитину).

- За можливості зберігати звичний режим життя (відвідування школи, гуртків), повідомити соціальне оточення (школу) про теперішній контекст життя дитини.

- При ускладненій реакції втрати варто звернутися до фахівця.

Важливо пам'ятати, що будь-яка втрата є часиною життя та має індивідуальну динаміку проживання, а кожен з етапів має специфічні завдання, часто суперечливі одне з одним. Поділ на фази є умовним, подібно до погоди в різні пори року. Це природній процес, що потребує допомоги психологів/психотерапевтів лише за умови утрудненого перебігу.

Практичні завдання

Завдання 1. Згадайте ситуацію прожитої власної втрати. Випишіть на аркуші паперу, що допомагало вам її пережити? Що заважало? Поділіться вашим досвідом у маленьких групах.

Завдання 2. Уляна 30 р., неодружена, проживає з мамою. Сім років тому втратила батька (мав рак). Вдома багато речей тата

залишаються в недоторканому стані. Зі слів клієнтки, «тато був дуже тверезим та практичним чоловіком». У сім'ї було багато конфліктів між батьками, які стосувалися, зазвичай, нереалістичних очікувань та вимог мами по відношенню до світу і тата («мама хотіла нових суконь та шуб»). Уляна також згадує свої конфлікти з батьком, шкодує, що так сильно ображалася тоді на нього, хоча він «бачив світ дуже правильно». Багато не встигла йому сказати, «заморозила» усі переживання («Хоч так я можу виявляти свою непроговорену колись до нього любов»). Вдома з мамою на цю тему майже не розмовляє.

1. На якій стадії переживання втрати знаходиться клієнтка?

2. Сформулюйте 5–7 запитань, що можуть допомогти вам у роботі.

3. Подумайте й опишіть стратегію допомоги клієнтці.

4. Зобразіть цикли, що підтримують проблему.

5. Спробуйте використати техніку «Лист померлому».

– Лист 1. Детально опишіть свої переживання, почуття стосовно втраченої особи; розкажіть про своє життя; задайте запитання, які вас турбують.

– Лист 2. Напишіть лист від тата до клієнтки.

Завдання 3. Здійсніть психологічний аналіз одного з фільмів «Незавершене життя», «Кімната сина», 2011; «Звичайні люди», 1980; «Послання в пляшці». 1999. Які особливості переживання втрати Ви можете помітити?

Питання для самоперевірки

1. Охарактеризуйте фази переживання втрати та завдання, які необхідно вирішити на кожній з них.

2. Кого можна віднести до групи ризику?

3. Охарактеризуйте етапи «кривої розставання» за Елізабет Кіблер-Росс.

4. У чому полягає робота при ускладненій реакції втрати?

5. Охарактеризуйте позитивні та негативні форми підтримки в часі втрати.

6. Наведіть приклади підтримуючих циклів. Чому нам важливе їх розуміння?

7. У чому полягають особливості допомоги дітям у часі переживання втрати?

Література

1. Дейтс Б. Наутро после потери. URL: https://bookap.info/book/deyts_nautro_posle_poteri/
2. Malkinson R. Cognitive Grief Therapy: Constructing a Rational Meaning to Life Following Loss. NY : Norton and Company, 2007.
3. Worden W. Grief Counselling and Grief Therapy. NY: Springer Publ., 2002
4. Worden W. Children and Grief. NY : Guilford Press, 1997.
5. Onno van der Hart Coping with Loss: The Therapeutic Use of Leave-taking Ritual. NY; Irvington Publ., 1988.

Тема 8

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ ПРИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДАХ

8.1. Характеристика тривоги і тривожних розладів.

8.2. Когнітивна модель та принципи допомоги на прикладі панічного розладу.

8.1. Характеристика тривоги і тривожних розладів

За статистикою, кожна п'ята людина за життя має тривожний розлад. Частина з них – виліковується, інша – набуває хронічної форми. Відомо, що серед жінок тривожні розлади трапляються частіше – 30%, аніж серед чоловіків (19%). У 30–40% важливу роль відіграє генетичний фактор («тривожно-сензитивний темперамент»).

***Завдання 8.1.** Для чого потрібна тривога? Коли тривога стає розладом? Чому виникають тривожні розлади?*

Важливо пам'ятати, що реакція тривоги є нормальною, життєво важливою реакцією на небезпеку. Коли ми очікуємо на небезпеку, наше тіло швидко виробляє адреналін, який готує нас до відповіді на небезпечні ситуації («битися», «тікати», «завмерти»). Наше тіло реагує: частота дихання збільшується, щоб забезпечити більше кисню; серце б'ється швидше, щоб доставити збагачену киснем кров до основних м'язів; потові залози стають активнішими для охолодження тіла під час активності та ін. (Вестбрук, 2014). Коли косуля тікає від лева, її тіло реагує подібно. І це «нормальні» процеси, що супроводжують тривогу.

Важливо розуміти, що тривога може виявлятися у різних сферах:

- 1) емоційна;
- 2) тілесні симптоми (прискорене серцебиття, тремтіння тощо);

3) когнітивні зміни (конкретні думки, пов'язані з оцінкою небезпеки – «Я не дам собі ради», «Це завершиться смертю»); фокус уваги; когнітивний стиль; дереалізація);

4) поведінка (уникнення, втеча, нейтралізація, заходи безпеки, «завмири», «перевірки»);

5) інтерперсональні симптоми (постійне шукання запевнень, що дратує партнера).

Тривога стає проблемою у тому разі, якщо нормальна реакція перебільшується при відсутності серйозної загрози.

Наприклад, в Оленки (43 р.) були нав'язливі думки про те, що може щось погане трапитися з її донькою, а світ – небезпечний. Вона ніколи не відпускала її саму гуляти на подвір'ї, завжди була поруч («бо може щось трапитися»). До 13 років постійно хтось мав супроводжувати Олю (доньку) до школи, діти часто з цього насміхалися.

Важливо донести до клієнтів ідею, що тривога є нормальною реакцією, однак, вона стала надмірною і зараз більше не допомагає, не рятує в складних ситуаціях, а спричиняє проблеми, що погіршують якість життя. У цьому місті варто зосередитися на «сприйнятті ситуації». Дві людини, перебуваючи в одній ситуації, можуть по-різному інтерпретувати її, вбачати для себе різні наслідки, а відтак реагувати по-різному.

Наприклад, двоє студентів мають складати іспит чи захищати курсову роботу. Перший студент боїться, що зробить помилку, викладач буде ворожим. Він відчуває прискорене серцебиття, спітнілість і робить висновок, що це дуже погано, від чого ще більше підринається впевненість і зростає тривога. Інший студент позитивно зорієнтований та очікує приємний досвід. У нього також прискорене серцебиття, але він робить висновок, що це додасть йому більше енергії. Така різна інтерпретація своїх реакцій дозволяє по-різному переживати ідентичну ситуацію.

Природне відчуття тривоги, зазвичай, приводить до самостійного розв'язку.

Адаптивне значення нормальної тривоги

ТРИГЕР (*Студент дізнається про наступну атестацію*)

↓
СПРИЙНЯТТЯ/ПЕРЕДБАЧУВАНА ЗАГРОЗА
(*«Це буде не просто», «Викладач строгий»*)

↓
ТРИВОЖНА РЕАКЦІЯ

↓
АКТИВІЗАЦІЯ СИМПАТИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ
І ФІЗІОЛОГІЧНА МОБІЛІЗАЦІЯ ТІЛА ДО ВІДПОВІДНОЇ РЕАКЦІЇ
(*виділення адреналіну*)

↓
НАЛЕЖНА ПОВЕДІНКОВА РЕАКЦІЯ
(*сфокусоване мислення і підвищення рівня енергії, що дозволяє студентові ефективно готуватися*)

↓
ОЦІНКА СИТУАЦІЇ ЯК ТАКОЇ, ЩО НЕ Є ЗАГРОЗЛИВОЮ/
УСПІШНЕ ПОДОЛАННЯ РЕАКЦІЇ

↓
ЗАСПОКОЄННЯ/ЗНИЖЕННЯ ТРИВОГИ

Однак, як зазначає Д. Вестбрук, при тривожних розладах виникає циклічний процес, у якому когнітивні та поведінкові реакції ведуть до підтримки або підвищення тривоги.

Тривожна студентка дізнається про наступну атестацію – вона вважає це загрозою і відчуває високий рівень тривоги – її мислення надмірно зосереджується на тестуванні й вона напружується настільки сильно, що не може ефективно вчитися – вона має погані результати з тестування; це підтверджує її переконання, що вона не компетентна, і її надмірна тривога зберігається.

Коли тривога має підстави – вона виконує захисну функцію і є дуже важливим продуктом еволюції. Але бувають випадки, коли підстав, як таких, немає, а тривога є дуже інтенсивною. Ми знаємо, що сигналізація в автомобілях призначена для того, щоб захищати їх від злодіїв. Або антивірусна програма в комп'ютері встановлюється для того, щоб захищати його від вірусів. Нормальна сигналізація мала б спрацьовувати лише тоді, коли хтось намагається вкрати автомобіль, а антивірусна програма у випадку флешки з вірусом. Однак деякі

автомобільні сигналізації є надто чутливі. Їх можуть активувати інші автомобілі, що проїжджають, сильний вітер та ін. У таких випадках сигналізація спрацьовує у невідповідний час, бо немає реальної загрози. Продовжуючи метафору з антивірусною програмою, вона може «вистрибувати», попереджати про небезпеку, блокувати комп'ютер, хоча реальні віруси відсутні.

Види тривожних розладів у DSM-IV:

Специфічна фобія: описує постійний страх об'єкта або ситуації і, найчастіше, страх реакції на нього. Страх часто визнається як перебільшений, але клієнти, зазвичай, уникають фобічних стимулів (відкрито чи приховано), і їх здатність до оптимального функціонування порушується.

Панічний розлад: описує повторюваний досвід панічних атак (панічні атаки – це раптове підвищення тривоги, що супроводжується такими симптомами, як прискорене серцебиття, задишка і запаморочення). Такі симптоми часто сприймаються як страшні/загрозливі й, зазвичай, помилково інтерпретуються як ознаки неминучої або існуючої хвороби, наприклад, інфаркт або інсульт.

Іпохондричний розлад (розлади тривоги за здоров'я): описує тривогу, яка характеризується заклопотаністю і страхом перед серйозним захворюванням тепер або в майбутньому.

Соціальна фобія: характеризується вираженням і стійким страхом соціальних або робочих ситуацій, у яких людина відчуває, що є фокусом уваги інших людей і боїться сорому чи приниження. Страх обмежується соціальними ситуаціями і клієнт зосереджується на своїх фізичних симптомах і поведінковій продуктивності.

Генералізований тривожний розлад (ГТР): виявляється як стійкі й надмірні переживання, страхи і негативні думки про майбутнє, що призводить до дистресу і/або порушення продуктивності.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР): характеризується рекурентними обсесіями (стійкими, нав'язливими думками, образами або імпульсами) і /або компульсіями (неперборна повторювана поведінка і ритуали або психічні дії, спрямовані на виправлення або нейтралізацію обсесії). Клієнти розуміють, що їхні страхи, ймовірно, необґрунтовані,

однак переконливо діють відповідно до них, намагаючись ігнорувати, придушити або «нейтралізувати» обсею іншими думками або діями.

Гострий стресовий розлад (ГСР): діагностують тоді, коли людина, яка зіштовхнулася зі стресовою подією, розвиває симптоми тривоги, відчуття повторного переживання події і помітне уникнення подразників, що викликають спогади про травму. Порушення виникає впродовж 4-х тижнів після травматичної події.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): виникає внаслідок події, що вважається серйозною загрозою для себе (або інших), що призводить до сильного страху, безпорадності чи жаху. Симптоми включають нав'язливі спогади про травматичні події (нічні кошмари, події з минулого), уникнення, емоційне оніміння й підвищену збудливість.

***Завдання 8.2.** Ознайомтеся з діагностичними критеріями тривожних розладів (по МКХ-10 або DSM-5). Законспекуйте.*

Як зазначалося, іноді наші когнітивні та поведінкові реакції на тривогу, спричиняють її зростання та закріплення, і тоді, ми говоримо про підтримуючі процеси або цикли.

Підтримуючі процеси

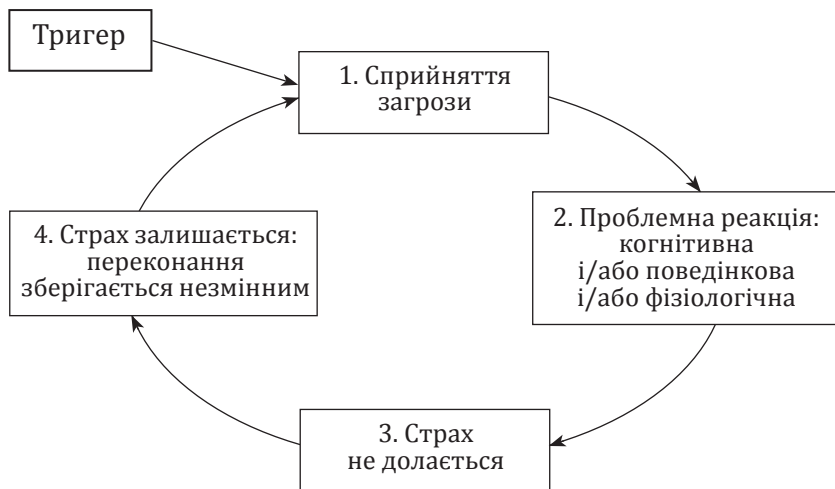


Рис. 8.1. Підтримуючий цикл тривоги (за Д. Вестбруком, 2014)

Наприклад, клієнт Олег (33 р.) в котрого діагностовано обсессивно-компульсивний розлад, при контакті з грішми (тригер) відчуває себе брудним та вважає, що це небезпечно для життя (сприйняття загрози), оскільки через гроші передається багато інфекцій. Чоловік перестав ходити в магазин, постійно просить свою дружину робити покупки або, в критичних випадках, контактує з грішми лише в захисних рукавичках (проблемна поведінкова реакція). Відтак немає можливості змінити свої переконання, отримати досвід взаємодії з грішми. Страх залишається нездоланим.

КПТ при роботі з тривожними розладами великого значення надає некорисним копінг-стратегіям, які і підтримують переконання про небезпечність конкретних ситуацій. До таких стратегій можна віднести:

1. Захисна поведінка (Salkovskis, 1988, Вестбрук, 2014) – це поведінка або психічна активність, яка здійснюється для того, щоб не трапилось чогось поганого.

Наприклад, молода дівчина з панічним розладом боїться серцевого нападу та втрати свідомості, постійно пересувається дуже повільно і зі своїм хлопцем, так себе почуває безпечніше. Відтак приписує своє «хороше здоров'я» повільному пересуванню та присутності інших людей поруч, а не тому, що в неї здорове серце, а панічні атаки тривалий час можуть і не з'являтися.

2. Фокус уваги: увага спрямована на ознаки загрози або від них.

Наприклад, клієнт з фобією павуків постійно буде «сканувати» середовище і вбачати їх у різних місцях. Клієнтка зі соціальною фобією уникатиме будь-яких контактів з людьми, навіть не даючи собі шансу, поспостерігати за собою: можливо спілкування зі симпатичними для неї співрозмовниками принесло б їй задоволення. Людина не зустрічається зі своїм основним страхом, а тому не можливо навіть поставити під сумнів переконання про сприйняття загрози.

3. Інтерпретація ознак тривожної реакції як загрозливої події: висновки, які робить людина, коли відчуває симптоми тривоги, можуть посилити проблему.

Наприклад, якщо молодий чоловік, котрий відчуває тілесні симптоми посиленої тривоги в ситуації загрози, переходить

до катастрофічного висновку «Я збожеволю!» або «Я зомлію» чи «У мене невиліковна тілесна хвороба», то це лише посилює тривогу та призводить до стратегій уникнення чи надмірного сканування своїх тілесних симптомів.

Групи мислинневих викривлень (селективна увага, надія на інтуїцію, читання думок тощо – див. додаток) можуть також відігравати свою роль у підтриманні проблемної тривоги.

Розуміння підтримуючих циклів, які приводять в дію проблемну тривогу, має важливе значення при роботі з нею. Важливо виявити конкретні цикли, що підтримують тривогу у клієнта, і згідно з цим планувати втручання з метою розірвання проблемних моделей.

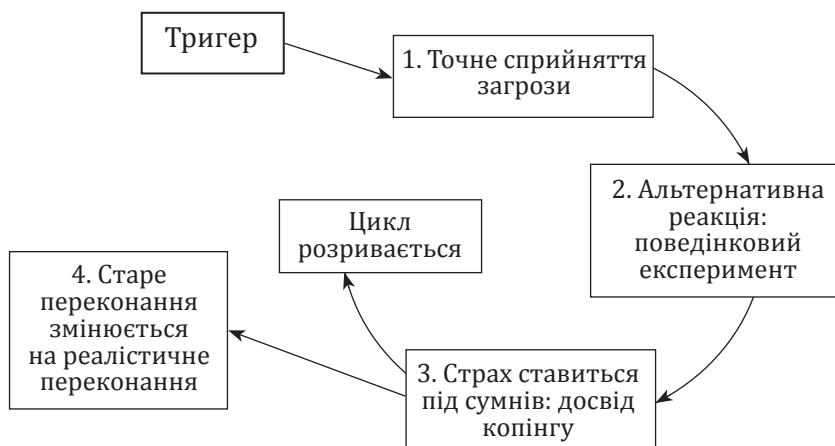


Рис. 8.2. Розрив підтримуючого циклу (загальна модель за Д. Вестбруком, 2014)

Пригадуючи клієнта Олега (33 р.), робота в когнітивно-поведінковій моделі полягає в тому, що пропонується альтернативна реакція тісної взаємодії з великою кількістю куп'юру без захисної поведінки. Відтак виникає можливість поставити під сумнів страх та попередні переконання і сформулювати реалістичніше бачення ситуації. Проблемний цикл тривоги розривається. Очевидно, що все відбувається поступово, використовуючи різноманітні терапевтичні інтервенції.

8.2. Когнітивна модель та принципи допомоги на прикладі панічного розладу

У випадках, коли труднощі клієнтів відповідають специфічним категоріям тривожних розладів DSM, рекомендується використовувати встановлену когнітивну модель та відповідні терапевтичні протоколи (Вестбрук, 2014; Kuzo, Kuzo, & Posokhova, 2021). У цьому розділі йтиметься про панічні атаки та панічний розлад.

Панічна атака – це відчуття сильного страху. Їй властиві виражені *тілесні симптоми* (серцебиття, утруднене дихання, пітливість), *специфічні думки* («Має статися щось жахливе») та певний *тип поведінки* (якнайшвидше позбутися неприємної ситуації або щось зробити, щоб відчутти себе знову в безпеці). Як було згадано в метафорі з автомобілем, панічні атаки також виникають внаслідок того, що організм включає систему тривоги тоді, коли реальної небезпеки немає, але є дуже неприємні відчуття («Ти реагуй – а перевіряти будемо потім!»). Слід диференціювати панічну атаку та панічний розлад (30% людей за життя мають панічну атаку і лише 2,7% – панічний розлад). Про панічний розлад можемо говорити тоді, коли є сильний страх панічних атак, що вони знову траплятимуться і це суттєво впливає на якість життя.

Спробуємо поглянути на відому модель панічного розладу за Кларком (Clark, 1986) та підтримуючі фактори, які відіграють важливу роль у збереженні розладу. У цій моделі важливо враховувати:

1. *Помилкову катастрофічну інтерпретацію* тілесних відчуттів (що пов'язані з тривогою) як таких, що сигналізують про неминучу психічну або фізичну шкоду (наприклад, втрату свідомості, інсульт, смерть та ін.).

2. *Захисну поведінку*, що застосовується з метою зниження ймовірності катастрофи. Вона може включати і пряме уникнення (наприклад, уникнення конкретних місць або подій), так і приховане (наприклад, молитва, триматися за когось). Захисна поведінка, зазвичай, різна: носіння зі собою таблеток, уникнення фізичних навантажень, глибоке дихання, тримання за опору тощо...

Підтримувати повторюваність панічних атак можуть також: *очікування*, що панічна атака ось-ось трапиться, бо таке

вже було в людному місці, або *сканування* – постійно перейматися відчуттями в тілі, які, зазвичай, є природними і час до часу змінюються в нашому організмі.

На рис. 7.3. зображено когнітивну модель панічного розладу, що допомагає осмислити особливості його перебігу.

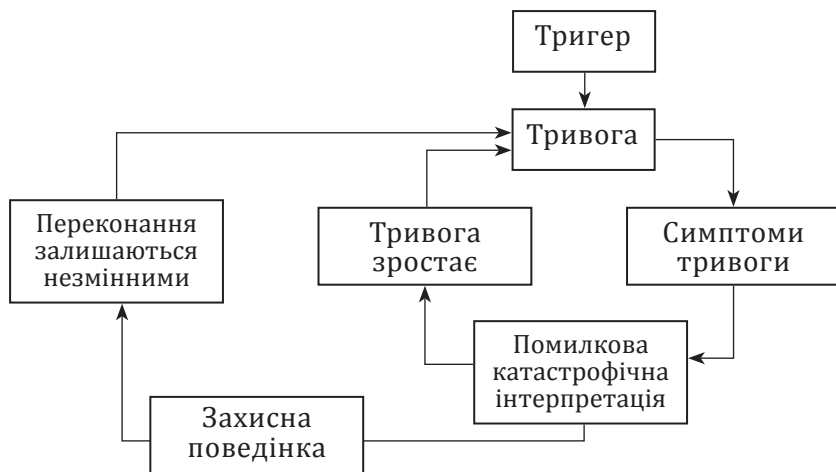


Рис. 8.3. Когнітивна модель панічного розладу (за Д. Вестбруком)

Важливо навчитися долати панічні атаки, пам'ятаючи, що вони не є небезпечними, навіть якщо ми не знаємо їх причини та провокуючих чинників.

Завдання 8.3. Як можна використати рис. 8.3 для застосування психотерапевтичних втручань (на яких етапах)? Які втручання Ви можете запропонувати?

Долання панічного розладу (Д. Вестбрук), зазвичай, передбачає:

– Генерування менш катастрофічних пояснень походження симптомів, яких боїться клієнт, а також менш катастрофічних передбачень наслідків – наприклад, приписування болю в грудях або прискороного серцебиття до симптомів тривоги, які не є шкідливими (а не до тілесної недуги).

– Проведення поведінкових експериментів (I), щоб зрозуміти нешкідливе походження неприємних відчуттів: наприклад, попросити клієнта викликати у себе фізичне напруження (наприклад, прискорене серцебиття) та (II) перевірити обґрунтованість нового сприйняття, яке було сформульоване в результаті когнітивної роботи – «Я відчуваю симптоми тривоги і це мине».

– Зменшення та поступова відмова від захисної поведінки. Наприклад, клієнтка починає вірити, що можна бути в людному місці без чоловіка, або ходити по супермаркету, не тримаючись за візок.

Важливо пам'ятати (і пояснити це клієнту), що втікаючи від панічних атак, клієнт ускладнює собі життя на довготривалу перспективу та ніколи не матиме шансу переконатися, що найстрашніші очікування, найімовірніше, не збудуться. Тривога очікування та сканування змін в організмі теж сприяє повторенню панічних атак. Іншими важливими аспектами роботи є – ідентифікація панічних думок і робота з ними, використання поведінкових експериментів та дослідження, що стається в тій чи іншій ситуації, використання експозицій.

Очевидно, що зазначені методи роботи є більшою мірою поведінковими та когнітивними і добре працюють зі симптомами тривоги. Однак, часто, у більш складних випадках (наприклад, коли панічні атаки є коморбідними з розладами особистості), важливим є продовження роботи з глибинними переконаннями та правилами життя, застосування схематерапії чи глибинних методів психотерапії. Наприклад, в гештальттерапії на панічні атаки часто дивляться з перспективи витісненої/неусвідомленої образи та злості на маму (чи батька). І часто робота по усвідомленню, відреагуванню та інтеграції цих переживань займає суттєво більше часу. Також важливо пам'ятати, що тривожні розлади не люблять «ходити» самі і «вилікувавши» один з них, на підтримку йому – приходять інші. А тому, бачення «за кадром» є дуже важливим. Працюючи в гештальттерапії з усвідомленням переживань та зміною стилю життя – панічні атаки можуть пройти самі собою, оскільки немає потреби в них. Це різні парадигми, однак кожна з них є дієвою.

Практичні завдання

Завдання 1. Чи помічаєте Ви деякі з вказаних процесів «тривожних клієнтів» у себе? Які саме? Якщо так, який вид захисної поведінки є для вас найтипівішим?

Завдання 2. Сформулюйте 10 запитань, які вам було б важливо задати під час обстеження клієнта з підозрою на тривожний розлад. Знайдіть запитання для кожної зі сфер: тілесні відчуття, когніції, поведінкові реакції, стосунки.

Завдання 3. Сформулюйте психоедукаційний текст для клієнта, що скаржиться на панічні атаки. Як би Ви пояснили значення нормальної тривоги та диференціювали її від тривожного розладу?

Питання для самоперевірки

1. Для чого потрібна тривога ? Яким є її адаптивне значення?

2. Коли тривога стає розладом?

3. Перелічіть вияви тривоги у різних сферах (тілесній, емоційній, когнітивній, поведінковій, інтерперсональній). Наведіть приклади.

4. Перечисліть та охарактеризуйте види тривожних розладів у DSM.

5. Що таке підтримуючі цикли при тривозі? Чому нам потрібно їх розуміти?

6. Який тип поведінки може посилювати тривогу у непродуктивний спосіб?

7. Зобразіть когнітивну модель при панічному розладі.

8. Які втручання при панічному розладі є ефективними?

Література

1. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 420 с.
2. Вестбрук Д., Рауф Х. Подолати панічний розлад. Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2014. 78 с.

3. Корб А. У пастці депресії. Як подолати тривожність і радіти життю. К. : Наш формат, 2019. 216 с.
4. Сергієнко О. Якщо ви надмірно переживаєте за все. Львів : Видавництво «Свічадо», 2018. 100 с.
5. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією. К. : Віхола, 2020. 176 с.
6. Ingham (2000). Panic attacks: what they are, why they happen and what you can do about them. London: Thorson.
7. Kuzo, O., Kuzo, L., Posokhova, A. Cognitive-Behavioral Model of Generalized Anxiety Disorder Psychotherapy // BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience. March 2021, Vol. 12. Iss. 1. 118–135 pp.

РОЗДІЛ 3
РІВНІ РОЗВИТКУ
ОРГАНІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ
В КЛІНІЧНОМУ ПРОЦЕСІ



Тема 9

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ РІВНІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ. НЕВРОТИЧНИЙ РІВЕНЬ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ

- 9.1. Критерії рівнів організації особистості в психоаналізі (за Н. Мак-Вільямс).
- 9.2. Характеристика структури особистості невротичного рівня.

9.1. Критерії рівнів організації особистості в психоаналізі (за Н. Мак-Вільямс)

Клінічне мислення психолога/психотерапевта потребує розуміння глибинних механізмів функціонування особистості, що відображається в рівнях розвитку організації особистості. До психолога можуть звертатися клієнти з поверхнево-подібними симптомами (наприклад, депресії, проблеми зі сном), однак, стратегії допомоги можуть суттєво відрізнятися залежно від того, у кого є ця депресія (у клієнта, що має невротичний, межевий чи психотичний рівень функціонування). Отож психологам недостатньо є знань про діагностичні критерії того чи іншого розладу осі I, важливо розуміти також рівень розвитку особистісної організації.

Концепція рівнів розвитку особистісної організації була запропонована психоаналітиками (Н. Мак-Вільямс, О. Кернберг). Хоча термінологічний апарат є подібним за звучанням до психіатрії (невроз, психоз, межевий розлад особистості), однак, значення цих двох парадигм суттєво відрізняються. У психоаналітичному баченні, йдеться скоріше не про розлади в клінічному сенсі, а про *спосіб адаптації до зовнішнього середовища*. Наприклад, люди з психозом, в клінічному значенні цього слова, можуть частіше належати до психотичного рівня організації особистості, однак, це не означає, що людина з психотичним рівнем організації особистості обов'язково повинна

мати психоз. Або клієнт може достатньо «здорово функціонувати», коли в його житті немає стресів, проте під час виникнення деяких проблем – починає пити, вести хаотичне ставе життя, впадає в депресію. Це схоже до того, як поганий водій може доволі добре справлятися на трасі поза містом, однак, мати багато труднощів при пересуванні містом. У таких випадках, мовою психоаналізу, ми говоримо скоріше про Силу чи Слабкість Его.

Рівні організації особистості визначаються:

1. *Наявністю або відсутністю зрілих захистів* (невротики, наприклад, мають ригідні, але зрілі захисти; психотики – ненадійні захисти).

2. *Точкою фіксації і рівнем регресії*. Будь-який психологічний симптом розглядається аналітиками як повернення в дитинство (регрес). Чим важчий симптом, тим точка фіксації ближча до раннього дитинства.

Н. Мак-Вільямс (2004) стверджує, що рівень організації особистості збігається зі стадіями розвитку по Е. Еріксону. Так, психотики – це люди, що мають проблеми на першій стадії розвитку по Е. Еріксону (проблеми довіри-недовіри), межеві особистості фіксовані на проблемі сепарації-індивідуації.

Завдання 9.1. *Пригадайте стадії розвитку по Е. Еріксону. Які з них є важливими у формуванні рівнів розвитку організації особистості за Н. Мак-Вільямс?*

Диференційну діагностику між трьома рівнями розвитку особистості можна провести, використовуючи стандартизовану процедуру опитування клієнтів (структурне інтерв'ю О. Кернберга). Воно допомагає з'ясувати такі питання:

- *механізми психологічного захисту, які використовуються;*
- *рівень інтеграції особистості;*
- *адекватність тестування реальності та здатність спостерігати за своєю дефективністю;*
- *природа основних внутрішніх конфліктів;*
- *особливості переносу та контрпереносу.*

Завдання 9.2. *Випишіть визначення понять «перенос» та «контрперенос».*

Якщо психіатрія займається більше формами (симптомами), то психоаналітичне бачення – змістами (цих симптомів).

Розуміння рівнів організації особистості допомагає в глибокій діагностиці клієнта та у виборі стратегії психотерапевтичного впливу.

9.2. Характеристика структури особистості невротичного рівня

Термін «невротик» застосовується до відносно здорових людей, котрі мають деякі труднощі, пов'язані з емоційними порушеннями. У цьому випадку йдеться про дещо інше бачення, аніж тоді, коли говоримо про невроз як хворобу.

У психоаналітичному контексті на оральній чи анальній фазі немає серйозних порушень характеру, але на *едипальній* виникають проблеми, які привели до організації **невротичної структури** (проблеми з переживанням *вини та ініціативи*).

Психотики (по Еріксону) – проблеми *довіри чи недовіри*.

Межеві особистості – проблеми *сепарації / індивідуації*.

Невротик опирається на більш зрілі захисти (витіснення, регресія, інтелектуалізація, раціоналізація, моралізація, заміщення, реактивне утворення, сексуалізація, сублимація). Наявність примітивних захистів (заперечення, примітивна ізоляція, всемогутній контроль, примітивна ідеалізація і знецінення, проєкція, інтроєкція, проєктивна ідентифікація, дисоціація) не виключає діагнозу структури характеру невротичного рівня, але відсутність зрілих захистів виключає такий діагноз.

Завдання 9.3. *Дайте визначення зазначеним механізмам психологічного захисту. У чому відмінність між зрілими та примітивними механізмами психологічного захисту?* (Мак-Вільямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2004. (С. 130–190)).

Невротики володіють *інтегрованим почуттям ідентичності* (Kuzo, Kuzo, & Zaverukha, 2020), тобто здатні описати себе, не відчуваючи труднощів у визначенні своїх рис характеру, інтересів, особливостей темпераменту, недоліків. Також успішно описують і інших, значущих людей.

Невротики знаходяться в *надійному контакті з реальністю*, у них відсутні галюцинації, живуть в одному світі

з психологом/психотерапевтом. Психолог відчуває, що знаходиться по один бік з клієнтом і «боряться» вони проти проблеми клієнта.

Для невротиків притаманною є *Его-дистонна симптома-тика*. Наприклад, параноїдна особистість невротичного рівня вважатиме, що її внутрішні підозри думати, що інші небезпечні, виходять з її схильності сприймати інших людей ворожими й агресивними (а не дійсно «всі змовились проти мене»). Параноїдні межеві чи психотичні клієнти вважають, що їхні труднощі мають зовнішній характер і визначаються особливостями зовнішнього світу.

Природа трудностей невротично зорганізованої особистості знаходиться не в проблемі безпеки чи прив'язаності, а в сформованості *ідентичності та ініціативи*. Це проблема едипової стадії розвитку по Еріксону. Такі клієнти мають високий рівень функціонування, а тому є «вдячнішими» клієнтами для психологів/психотерапевтів.

Невротики, зазвичай, шукають допомоги в психолога, бо розуміють, що занурені в конфлікт між своїми бажаннями і тими перепонами, які самі собі виставили. Психолог/психотерапевт може допомогти забрати перепони на шляху до «повноцінно любити і творчо працювати».

Клінічний приклад

Оля, 27 років, звернулася по допомогу через те, що почувала себе повністю виснаженою на роботі, працювала по 10–12 годин, не відчувала задоволення від життя та була «на межі». За дві зустрічі було відчуття добре сформованого стосунку та довіри. На питання про те, «як би Ви могли описати себе, яка Ви людина?», Оля дуже чітко і диференційовано могла розповісти про свої риси характеру, сильні та слабкі сторони. Було відчуття, що дуже добре розуміє власні проблеми, коли вони виникли, як можуть бути пов'язані з її минулим, який зміст та сенс вони можуть мати у теперішньому житті. «У мене не дуже багато місць, де я могла б почувати себе потрібною та любленою, а самооцінка у мене не найкраща. На роботі можна хоч якось компенсувати те, що я відчуваю в середині». На період звернення, стосунків в Олі не було, дещо раніше вони розійшлися зі своїм хлопцем і тепер вона не наважувалася будувати

нові «бо там важко щось проконтролювати, на роботі це робити простіше». Оля швидко почала усвідомлювати, що процес розставання для неї дуже болісний. Заради того, щоб її любили, у стосунках вона готова відмовлятися від багатьох своїх бажать, а відтак і страждати. В процесі терапії, навчилася краще розуміти власні потреби та відстоювати їх у стосунках з іншими, не боячись аж настільки втратити любов та прихильність. Оля стала цікавішою для себе, почала будувати нові стосунки, стала менше працювати. Будь-яка помилка для неї тепер означала досвід, а не крах.

Невротична особистість здатна адекватно сприймати інтерпретацію захистів і переносу, тому в роботі з людьми невротичного складу характеру психотерапевти використовують *інтенсивний аналіз*, що охоплює розкриття основних внутрішніх конфліктів, захистів та інтерпретації переносу. Можна фруструвати, метафорично говорити, бо розуміють символічний рівень. Пошук важкої правди про себе можливий з людьми невротичного рівня, бо їхня самооцінка доволі еластична, щоб допустити деякі неприємні відкриття. Невротичні клієнти здатні швидко встановити з психологом/терапевтом робочий альянс.

Практичні завдання

Завдання 1. Зробіть короткий конспект з книги Мак-Вільямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2004. (С. 63–82; С. 95–100).

Завдання 2. Прочитайте випадок клієнтки з розділу «Симптоматика страху, паніки та агорофобії», книга К. Х. Бріш. Розлади прив'язаності від теорії до терапії : посібник. Львів : 2012 (С. 227–237). Поділіться власними міркуваннями щодо проявів невротично зорганізованої особистості у цьому випадку та роздумами в контексті динаміки прив'язаності.

Завдання 3. Чи можете Ви помітити деякі з проявів невротичної особистості у себе? Якщо так, то які?

Питання для самоперевірки

1. Які критерії є важливими при оцінці рівнів організації особистості?
2. Перечисліть та охарактеризуйте стадії розвитку по Еріксону.
3. Що характеризує невротичний рівень організації особистості?
4. Що таке сила та слабкість Ego, інтегроване почуття ідентичності, надійний контакт з реальністю, его-дистонна симптоматика, інтенсивний аналіз?
5. Що таке перенос та контрперенос?
6. У чому полягає відмінність між зрілими та примітивними механізмами психологічного захисту? Які з них властиві невротикам?
7. У чому полягає стратегія роботи психотерапевта з невротично зорганізованими клієнтами?

Література

1. Бріш К. Х. Розлади прив'язаності від теорії до терапії : посібник. Львів : 2012. 314 с.
2. Мак-Вільямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2004. 480 с.
3. Kuzo, O., Kuzo, L., Zaverukha O. Peculiarities of Self-Image Dependence of the Students with High Level of Neuroticity // BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience. December 2020, Vol. 11. Iss. 4. 1–16 pp.

Тема 10

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ ПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ

План

- 10.1. Діагностичні критерії психотичної особистості.
- 10.2. Психоаналітична терапія з клієнтами психотичного рівня.

10.1. Діагностичні критерії психотичної особистості

Як зазначалося, поняття «психоз» та «психотичний рівень організації особистості» не є тотожними. Однак при надмірному стресі, генетичній схильності, у людей з психотичним рівнем організації особистості скоріше може маніфестувати психоз. Стратегія роботи з психотично та невротично зорганізованими особистостями суттєво різниться. Вказуючи метафорично, машина може погано їхати з кількох причин: недостатньо досвідчений водій, але справна машина і якщо водій матиме більше досвіду, то і машина поїде як треба (невротичні клієнти); або ж машина їде погано, бо має суттєві дефекти з мотором, і як би водій не старався, особливо добре вона не поїде (психотичні клієнти). До цієї категорії належать найбільш спустошені, порушені, дезорганізовані клієнти, а інколи і пацієнти (офіційні діагнози в психіатрії, трапляються серед митців).

Завдання 10.1. Перечисліть та охарактеризуйте критерії психічного здоров'я.

Психотичні клієнти використовують *примітивні, довербальні, дораціональними захисними механізмами* – втеча у фантазії, заперечення, знецінення, проекція, розщеплення, дисоціація.

Погано тестують реальність, заплутані та неадекватні. За О. Кернбергом, «Психотерапевт розуміє, що він нічого не розуміє – клієнт не відповів на його запитання». Може бути відчуття, ніби між психологом/психотерапевтом/психіатром та клієнтом/пацієнтом стоїть шкляна стіна і вони знаходяться в різних світах.

Відсутність спостерігаючого Я (Его-синтонна симптоматика). Не здатні до рефлексії, не можуть подивитися з боку на власні стосунки («Терапевт не ніби подібний на маму і тата, а це і є моя мама або тато»), відсутність критики до свого стану.

Ідентичність не інтегрована. Психотики мають великі труднощі у відповіді на питання «Хто Я?», описують себе поверхнево, викривлено, примітивно. Часто порушеною є концепція власного тіла, віку та сексуальної орієнтації.

Природа основного конфлікту екзистенційна – життя чи смерть, безпека чи страх. Це проблема *базової довіри чи недовіри*, часто через невизначені хаотичні стосунки в ранньому дитинстві (не випадково ліки при шизофренії мають заспокійливу дію). Їхня реальність надто загрозлива. Для психотиків типовими є монадичні (аутизм) об'єктні стосунки.

Завдання 10.2. *На якій стадії розвитку за Е. Еріксоном та З. Фройдом клієнти з психотичним рівнем організації особистості мали труднощі?*

З погляду психоаналізу, психіка функціонує недиференційовано, *немає чітких меж між Его, Ід та Супер-Его*. Межі між внутрішнім та зовнішнім досвідом є суттєво порушені.

До клієнтів, структура особистості яких належить психотичному рівню, *контрперенос* терапевта, зазвичай, є позитивним, з відчуттям всемогутності. Однак інколи він описується, як почуття матері стосовно дитини у віці 1,5 року: діти захоплюють своєю прив'язаністю і лякають своїми потребами; вони ще не опозиційні, але напружують ресурси матері до межі.

Клінічний приклад

Олег, 32 роки, працює на заводі. Звернувся з тим, що не відчуває себе самостійним, є дуже залежним від мами, сім'ї. Складно розуміти, що робити в житті: «усі однолітки живуть реальне життя, створюють сім'ї, народжують дітей, самореалізуються». У стосунку з Олегом виникає багато «дивних» переживань. З одного боку, симпатія та інтерес, так, ніби хочеться подбати про маленького хлопчика, але з іншого – відчуття «дивності» того, що відбувається, як він поводить себе, що говорить. Таке враження, що це щось або дуже геніальне, або дуже не зрозуміле та дивне. З'являється відчуття, що для хлопця

важливим є моє прихильне ставлення та особливий статус, водночас відчувається багато недовіри та контролю, так, ніби межі між нами зникають («Як Ваші справи? Як Ви себе почуваєте? Знову будете сьогодні у мене запитувати про...»). Маю гіпотезу, що через недовіру та страх, він хоче зайняти роль психолога/психотерапевта.

Зауважив, що ми знаходимося ніби у різних світах. Олег висловлює ідеї про те, що існує якесь дивне енергетичне поле, яке має особливий вплив не лише на нього, але і на людство. Для того, щоб запобігти цьому впливу, необхідно бути уважним до грошей, бо саме через них це поле впливає на нас.

На питання «Опишіть себе, яка Ви людина?» відповідає доволі, суперечливо, поверхнево («Я дуже впевнений, знаю, що хочу, психотерапія більше потрібна моїм батькам...водночас, я залежний, знаходжуся в злитті з мамою, потребую її керівництва»). У минулому Олег має дві госпіталізації в психіатричний стаціонар («Зі мною там щось зробили, після того я як овоч, не відчуваю емоцій, не можу бути собою, постійно втомлений та виснажений»). Пацієнт каже, що почуває себе суттєво молодше. У минулому мав досвід гомосексуальних стосунків, хоча сам не розуміє як це сталося («Просто авторитарно мені сказали зробити це, не суперечив»). Хотів би одружитися з жінкою і мати сім'ю, жити як усі нормальні люди.

10.2. Психоаналітична терапія з клієнтами психотичного рівня

Робота з психотичними клієнтами може бути ефективною, якщо реалістично бачити суть психологічної проблематики, мати професійну підготовку (спеціалізацію) та взаємодію з психіатром. Те, що можна робити з невротично зорганізованими клієнтами, не потрібно застосовувати в роботі з психотично зорганізованими клієнтами. Атакування захисних механізмів, проговорення переносу, двозначність інтерпретацій можуть привести до ще більшого страху та недовіри. Це як підпалити сірник там, де є бензин. Нейтральність позиції психолога/психотерапевта чи фрустрація провокує регресивні механізми, що може стати причиною психозу. У роботі

з психотично зорганізованими клієнтами використовують підтримувальну техніку. Вона містить:

1. Створення атмосфери психологічної безпеки.

– *Демонстрація* психотерапевтом своєї *надійності*. Це може вдаватися доволі складно, бо в таких клієнтів багато проєктивного страху. Люди психотичного рівня часто поступаються, але не тому, що вони довіряють, скоріше бояться, що авторитетні фігури «вб'ють» їх за те, що вони мають власні бажання. Клієнту невротичного рівня в параноїдному стані достатньо було б пояснити, що клієнт переносить на нас якусь фігуру з минулого чи проєктує якусь частину себе, однак це не працює з психотичним клієнтом. Однак психолог/психотерапевт може сказати, що якщо клієнту стане занадто жарко чи холодно, щоб він повідомив про це (закрити чи відкрити вікно); запропонувати свою допомогу в розв'язанні специфічних проблем, або створити умови для демонстрації клієнтом своєї компетентності.

– Вияв психотерапевтом *безумовної емоційної щирості*, інакше клієнти замкнуться у своїх фантазіях. Тут допустиме саморозкриття та поради.

Невротичні клієнти можуть розвивати свої фантазії відносно стану психолога/психотерапевта.

З невротичними клієнтами:

Клієнт: – А що, Ви на мене розізлилися?

Терапевт: – А що б для вас означало, якби я на вас розізлився?

З психотичними клієнтами:

Клієнт: – А що, Ви на мене розізлилися?

Терапевт: – Ви дуже чутливі. Напевно я дійсно відчуваю роздратування – не тільки на вас, але й на себе. Я не задоволений, що не можу допомогти вам так швидко, як мені хочеться. А чому Ви про це запитали?

Через повагу укріплюється реалістична самооцінка.

– Важливо розділяти позицію клієнта у певних питаннях, іноді навіть дати пораду. Здоровішим не варто давати поради, бо це інфантилізує психологічно автономну особистість.

– Бути авторитетним (але не авторитарним) – так може з'явитися можливість у наляканих клієнтів відчути себе більш захищеними.

2. Виховання клієнта.

Наступним важливим аспектом є *просвітницька роль* психолога/психотерапевта. У людей психотичного рівня існують зони сильного когнітивного «заміщення», пов'язаного з емоціями і фантазіями. Часто в їхніх сім'ях використовували суперечності, подвійні послання (наприклад, говорили про любов, а вели себе з ненавистю), або були настільки емоційно-експресивні, що доводилося тікати у власні фантазії. Відтак психотикам важливо чітко пояснити, чим почуття відрізняються від дій, як вони вплітаються у фантазії. Важливою є роз'яснювальна допомога щодо розпізнавання власних симптомів, допомога в адаптації (як розпоряджатися грішми, де діставати ліки).

Одним з компонентів просвітницької роботи є *нормалізація*: важливо сприяти вивільненню усіх турбот клієнта та представити їх як природні аспекти життя емоційно чутливої людини. Доброзичливе та турботливе ставлення психолога само собою має психотерапевтичний вплив. Важливіше бути «розуміючим», аніж «точним».

3. Прив'язування тривоги до конкретних стресів.

Третій принцип підтримувальної терапії полягає в тому, що інтерпретація має стосуватися почуттів та життєвих стресів, але не механізмів психологічного захисту. Важливо знайти якийсь стрес-чинник, навіть якщо він і не правдивий (так тривогу змінюємо на страх). Прагнення інтерпретувати проєктивні захисти сприятиме посиленню недовіри, що психолог/психотерапевт є у змові з усім світом.

Наприклад, клієнт/пацієнт довірливо повідомляє, що медсестра чи товариш намагаються його отруїти. Терапевт чи психолог: «Який жах! Чому Ви вважаєте, що вона настільки вас ненавидить, що готова вбити?». Відтак психолог не виражає погодження з інтерпретацією подій клієнтом, але і не шкодить самооцінці клієнта та провокує подальше обговорення. Важливо дати можливість виговоритися, а далі є ймовірність, що з'явиться більш реалістичне бачення світу. Або...

Клієнт: Ви, психологи, завжди оцінюєте людей.

Терапевт: Це дуже цікава думка, я розумію наскільки Ви можете почувати себе злим (погодження не з когніцією, а з афектом).

У роботі з психотично організованими клієнтами важливо укріпити, виростити захисти, а не атакувати їх як у роботі з невротиками. Для психотерапевта важливо продемонструвати надійність, довести, що він безпечний об'єкт, поводитися відкрито, виконувати виховну функцію.

Значна роль такої психотерапії полягає у профілактиці. Укріплення механізмів психологічного захисту є чимось протилежним до психотичних зривів, суїцидів та перебування людей в психіатричних лікарнях. Однак таку важливу роботу не завжди легко помічати та присвоювати.

Практичні завдання

Завдання 1. Зробіть короткий конспект з книги Мак-Вільямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2004. (С. 83–88; С. 100–112).

Завдання 2. Прочитайте випадок клієнта з розділу «Психотична симптоматика», книга К. Х. Бріш Розлади прив'язаності від теорії до терапії : посібник. Львів : 2012 (С. 257–263). Поділіться власними міркуваннями щодо проявів психотично зорганізованої особистості у даному випадку та роздумами в контексті динаміки прив'язаності.

Завдання 3. Чи мали Ви досвід спілкування з психотично зорганізованими людьми? Що Ви відчували у стосунку з ними? Як їх можна розпізнати?

Завдання 4. Як Ви розумієте вказані метафори-порівнянь психотично та невротично зорганізованих клієнтів?

1) «психотик це той, у кого є одне рішення і воно завжди правильне (маячення); невротик має два рішення і обидва неправильні (щоб не вибрав, завжди не задоволений); а здоровий це той, у кого є багато рішень і кожне з них може бути вірним».

2) «невротик каже – я хочу бути Наполеоном, психотик – я є Наполеоном, здорова особистість – я хочу бути собою».

3) «Невротик будує повітряні замки, а психотик у них живе».

Питання для самоперевірки

1. Перечисліть та охарактеризуйте критерії психічного здоров'я.

2. Що характеризує психотичний рівень організації особистості?

3. Що таке не інтегроване почуття ідентичності, погане тестування реальності, его-синтонна симптоматика? Наведіть приклади.

4. У чому полягає стратегія роботи психотерапевта з психотично зорганізованими клієнтами? Охарактеризуйте підтримуючу техніку.

5. Охарактеризуйте контрперенос при роботі з психотичними клієнтами.

Література

1. Бріш К. Х. Розлади прив'язаності від теорії до терапії : посібник. Львів : 2012. 314 с.
2. Мак-Вільямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2004. 480 с.

Тема 11

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ МЕЖЕВОГО РІВНЯ

11.1. Діагностичні критерії межової особистості.

11.2. Психоаналітична терапія з клієнтами межового рівня розвитку.

11.1. Діагностичні критерії межової особистості

До цієї категорії відносяться клієнти, котрі не відносяться ані до психотичної, ані до невротичної структури особистості. Вони характеризуються деякою тимчасовою стабільністю порівняно з психотиками та порушенням стабільності – порівняно з невротиками. Поняття «*borderlines*» вперше використав В. Ейзенштайн в 1949 році, хоча ще задовго Крепілін (1883) говорив про «м'яку форму шизофренії» (психопатична особистість, латентна шизофренія, передпсихоз). По Ж. Бержере, межева структура формується внаслідок того, що в період дитинства дитина отримувала специфічну травму. Іноді цей процес описується як *порушення на стадії повернення до мами*. Наприклад, якщо мама тривожна – не дає відійти від себе, чи занадто строга – «впав, сам ставай». Дитині складно сепаруватися, бо це небезпечно. «Покинути можна того, хто є на місці. Добру маму покинути легше чим злу!»

Люди з межовою організацією часто демонструють такі феномени:

– *Ставлення до іншого (і до психолога/психотерапевта) часто як до об'єкта, без власних почуттів. Психолог може відчувати, що ним маніпулюють, але це не є свідомою маніпуляцією психопатичних особистостей. Спочатку хвалять психолога, а потім створюють конфлікти. Для встановлення доброго терапевтичного альянсу можуть піти роки, тоді як з невротиками, такий альянс встановлюється за декілька сесій. Особливістю терапевтичного стосунку є те, що межеві клієнти*

*провокативно схильні залучати терапевта в дії, відігрувати свої внутрішні стани. Такі клієнти швидко втомлюються у будь-якій діяльності, що передбачає особистісні контакти. Межеві клієнти схильні до відкритих спалахів конфліктів, що приводить до раптових рішень (наприклад, зміна роботи чи партнера). Їхнє життя часто характеризують як *стабільну нестабільність* (заплутане особисте і сексуальне життя, стосунки з партнером завжди переживаються як фрустрація).*

– Депресія, суїцидальна поведінка, залежності, розлади харчування, самопошкодження, дисоціативні симптоми, постійне відчуття внутрішньої порожнечі, перепади настрою, труднощі контролю гніву притаманні цій категорії клієнтів.

– Під час обстеження таким клієнтам *складно згадувати факти свого дитинства*, вони можуть майже нічого не пам'ятати. Незрозумілими на початку для психолога/психотерапевта є взаємозв'язки між теперішніми проблемами та минулою історією. В контрпереносі це часто переживається як відчуття безсилля («Чи я взагалі є професійно компетентним?»).

– Межеві особистості використовують *примітивні механізми психологічного захисту*, тому їх іноді складно відрізнити від психотиків. Однак при правильній побудові бесіди, вони можуть тимчасово реагувати на інтерпретації психотерапевта.

– У сфері *інтеграції ідентичності* в межевих особистостей простежуються суперечності, при описі себе відчувають труднощі («Я добра людина, але не зауважую, що інших ображаю»). Однак самодослідження не супроводжується (як у психотиків) відчуттям екзистенційного жаху та страху, а – ворожістю.

– При правильній побудові бесіди межеві клієнти демонструють *розуміння реальності*, чим і відрізняються від психотично зорганізованої особистості. Основна проблема полягає в *амбівалентності почуттів*, яку вони відчувають до оточення. З одного боку, хочуть близькості, довірливих стосунків, а з іншого – відчувають страх поглинання, злиття з іншим.

– Основний конфлікт пов'язаний з другою стадією розвитку особистості за Еріксоном – *автономія/стид (сепарація/індивідуація)*. Вони можуть майже одночасно просити про допомогу та відторгувати її.

Порівнюючи психотично та межево зорганізовану особистість, можна сказати, що якщо перші розщеплюють внутрішній світ та не рухають оточення, то межеві клієнти розщеплюють зовнішній світ (ділять оточення на тих, хто «за» і тих, хто «проти»; люди або «добрі», або «погані»). У них порізному слабке Его: психотики впадають у переживання жаху, а межеві – боряться з терапевтом.

Клінічний приклад

Наталя, 32 роки, довгий час не могла знайти роботи, але вже два тижні як працює (влаштували знайомі) в офісі. Часто має або пригнічений, або озлоблений настрій. На роботі дуже складно адаптуватися, почуває себе нікому не потрібною, відкинутою, гостро реагує на будь-які коментарі колег («Ранюся до глибини серця»). У стосунках з Наталею відчуваю, ніби переді мною колючий їжачок, до якого складно наблизитися.

Наталя живе на квартирі з сусідкою, з якою теж виникає багато незадоволення, але, зазвичай, намагається його тримати в собі («Не знаю як сказати їй, щоб вона поприбирала за собою»). Повертаючись додому, теж не може відпочити, розслабитись, постійно знаходиться в шаленій напрузі («Сприймаю все так, ніби живу без шкіри»). Близьких друзів майже немає, хоче бути надзвичайною, бажаною, любленою, але є дуже самотньою.

Нині стосунків немає («Навіть боюся їх будувати, бо як хлопець дізнається, яка я насправді, то точно не буде зі мною»). Наталя інколи ходить у нічні клуби, щоб трохи розважитися, може мати сексуальні стосунки з випадковими чоловіками («Особливого задоволення від цього не отримую, але принаймі на деякий час здається, що хоч комусь потрібна»), часто ці чоловіки є одруженими. «Коли мені дуже боляче, можу випити багато заспокійливих таблеток, навіть приїжджала швидка. Тоді тато більше звертає увагу на мене». Зі слів Наталі, її цікавлять, зазвичай, фінанси батька.

Дитячих спогадів є небагато, але вони дуже складні: мати завжди зловживала алкоголем (і продовжує це робити), мала різних партнерів, майже не займалася вихованням доньки. Партнери мами також зловживали алкоголем, неодноразово була свідком бійок та насилля. Наталя відчувала і відчуває багато

сорому у зв'язку з цим («Ніколи не почувала себе потрібною»). З батьком мати розлучилася, коли їй було 7 років, він перестав пити, має зараз іншу дружину та дитину («Часом хоче про мене піклуватися, але я відчуваю, що не потрібна йому»).

На питання про те, «Як би Ви могли описати себе, яка Ви людина?», мовчить – «Дуже складне для мене питання, я практично не знаю себе». Привертає увагу три татуювання на руках.

11.2. Психоаналітична терапія з клієнтами межевого рівня розвитку

Метою терапії чи психологічної допомоги клієнтам з межевою структурою особистості є розвиток цілісного, надійного, комплексного і позитивно-значущого відчуття себе. Відтак розвивається здатність повноцінно любити інших, не дивлячись на їхні недоліки. Досягнення позитивної стабільної ідентичності є важливим завдання цього процесу.

Як зазначалося, такі клієнти є складними для психологів та психотерапевтів, бо поведуться провокуюче щодо встановлених меж (подібно як підлітки, бо мають проблеми сепараційно-індивідуаційного характеру). У роботі з ними застосовують **експресивну техніку**. Вона охоплює:

1. Безпечні межі.

Тоді як психотик прагне потрапити в психологічне злиття з терапевтом, а невротик – зберегти свою окрему ідентичність, межева особистість, вагаючись, бігає між симбіотичною прив'язаністю та озлобленою ізольованою відокремленістю (обидва стани дискомфортні: один викликає відчуття, що тебе поглинають, інший – відчуття покинутості). Це часто «дезорганізує себе та інших».

Через нестабільність станів Его, *вирішальним моментом у терапії є встановлення постійних умов терапії* (терапевтичних меж): час, оплата, пропуски сесій. Для психолога/психотерапевта важливо не те, які межі будуть виставлені, а те, щоб вони були виставлені, постійно перевірялися і підкріплювалися окремими санкціями, якщо клієнт їм не слідує. У процесі терапії можуть виникати такі питання: «Як довго я зможу

пропускати сесії, не оплачуючи за них?», «А що, якщо я захочу завершити життя?» та ін.

Таке виставлення меж часто викликає багато незадоволення, але дає таку терапевтичну інформацію:

- 1) психолог розглядає клієнта як дорослого і впевнений в його здатності дати собі раду з фрустрацією;
- 2) психолог відмовляється від того, щоб його експлуатували, а відтак і є моделлю самоповаги.

Часто психологів/психотерапевтів дратує, що так багато часу і зусиль вони витрачають на виставлення меж тоді, коли могли б зайнятися чимось важливішим, вони починають сумніватися у своїй професійній компетентності.

2. Проговорення контрастних почуттів.

Даний момент є надзвичайно важливий у роботі з межевими клієнтами, оскільки вони схильні знаходитись в одному чи іншому стані Его. Ця робота полягає у будівництві мостів між цими станами. При побудові інтерпретації важливо пригадати, що у клієнтів з межевим рівнем функціонування, відсутнім є спостерігаюче Его, яке б допомагало сприймати інтерпретацію як додаткову інформацію про себе (оскільки це є у невротиків), а відтак цією функцією важливо наділити саму інтерпретацію.

Наприклад, інтерпретація з *невротичними клієнтами* може виглядати так:

Чоловік каже, що він незалежний і розкований.

Психолог/психотерапевт: І все ж таки, вас постійно тривожить, що я про вас думаю.

У такому разі межевий клієнт сприйняв би, що його критикують і почув би «Ви повністю помиляєтесь стосовно своїх справжніх почуттів» (тому, що знаходиться в тому чи іншому стані Его, а не в комплексному інтегрованому утотоженні; без толерування амбівалентності). Як зазначалося, важливо наділити інтерпретацію функцією спостерігаючого Его. Наприклад, *межевому клієнту* можна сказати таке: «Ви, безумовно, встановили, що володієте дуже сильною незалежністю і самодостатністю. Цікаво, але подібно на те, що з ними вживаються деякі протилежні тенденції, наприклад, чутливість до моєї думки про Вас». Така інтерпретація є довгою, але дозволяє ніби «зчепити» різні стани Его.

3. Інтерпретація примітивних захистів.

Важливою складовою роботи з межевими клієнтами є інтерпретація механізмів психологічного захисту мірою їх вияву у стосунках. Інтерпретація більше зосереджена на емоційній ситуації, що виникла «тут і тепер», а не на прив'язуванні реакції переносу до почуттів, що співвідносяться з фігурою з минулого.

Типовим механізмом психологічного захисту у межевих клієнтів є проєктивна ідентифікація: вони заставляють інших поводитися відповідно до проєктивних фантазій. Наприклад, клієнт наполягає, що злиться через неприязнь терапевта (утверджує свою проєкцію). Терапевт дійсно починає злитися, бо йому це не подобається. Часто цей процес пояснюється так: через відсутню диференціацію спостерігаючого і переживаючого Его, але присутнє тестування реальності, такі клієнти продовжують відчувати те, що проєктують, разом з потребою зробити це відповідним реальності, щоб не відчувати себе божевільними. Н. Мак-Вільямс пропонує таку інтерпретацію зіткнення з примітивним захистом: *«Здається у Вас уявлення, що Ви поганий. Тому Ви злитесь і намагаєтесь справитися зі своєю злістю, стверджуючи, що я поганий і що моя злість викликає у відповідь Вашу. А Ви можете уявити собі: і Ви і Я поєднуєм в собі хороше і погане? Тому може не варто це так перебільшувати?»*. Це також гарний приклад спроби перейти від чорно-білого мислення до альтернативи, де є спектр емоцій, що поєднується в одній особистості.

4. Отримання супервізії від клієнта.

Цей пункт означає звернення до клієнта за допомогою при вирішенні дилеми «або/або». Межеві клієнти часто прагнуть створити у психолога/психотерапевта відчуття, що в даній ситуації існує два взаємовиключених рішення, обидва з яких хибні з різних причин. Наприклад, клієнт мовчить у зв'язку з бажанням утримати рівновагу через страх бути поглинутим та покинутим. Психолог/психотерапевт може запитати, *як хоче клієнт, щоб він реагував на його мовчання*. Це підтримує дорослу позицію та самооцінку клієнта, знижує відчуття незручності у психолога/терапевта, моделює прийняття невизначеності, а також нагадує обидвом учасникам процесу про кооперативну природу їх спільної роботи.

5. Підтримка індивідуації та перешкода регресії.

Такі клієнти в *контрпереносі* викликають *любов*, коли подавлені й налякані і *ненависть*, коли ведуть себе відторгуюче. При достатній усвідомленості можна зауважити, що підсвідомо виникає бажання підтримати регресію і карати за вияви індивідуальності. Така поведінка з боку психолога, не буде терапевтичною при роботі з клієнтами, що мають межевий рівень функціонування. Натомість важливо бути *відносно нечутливим до їх суб'єктивної безпомічності і демонструвати розуміння самовпевненості клієнта* – навіть якщо це форма агресивного протистояння.

У роботі Мастersona та його колег: матері межевих клієнтів були надто прив'язані до дітей в ранньому дитинстві, але подавляли прояви їх індивідуальності у віці 18 місяців – 3 роки. Тому такі клієнти не відчують себе безпечно, знаходячись у залежних стосунках; коли ж знаходяться на самоті – страждають від «депресивної покинутості». Близькість комфортна, але є відчуття, що тебе контролюють, інфантилізують. Відокремленість – болюча, одинока, але наділена силою. З цієї позиції поведінка психолога/психотерапевта повинна бути протилежною до материнської: активно протистояти регресивній та саморуїнній поведінці та сприяти зусиллям, спрямованим на автономію («Я рада бачити, що Ви можете дати мені відсіч, коли я Вас злю»).

6. Інтерпретація в стані спокою.

Невротикам слід давати інтерпретацію в стані афекту. Для межевих клієнтів «Куй залізо, допоки гаряче» (за Pine). Коли ці клієнти перебувають у гострому емоційному стані, їм складно щось сприймати. Давати інтерпретацію варто по закінченню гострих почуттів, регресії – так з'являється шанс бути почутим.

Такі особливості роботи з клієнтами, запропоновані психоаналітиками (Н. Мак-Вільямс, О. Кернберг), є безцінними з погляду розуміння процесу роботи з клієнтами, що знаходяться на різних рівнях функціонування, з якими б проблемами вони до нас не звернулися (тривоги, депресії чи втрати).

Ефективні стратегії в роботі з межевими клієнтами використовує діалектично-поведінкова терапія (ДПТ), когнітивно-поведінкова терапія згідно з Фріманом, схема-терапія.

Зокрема когнітивно-поведінкова терапія згідно з Фріманом, доволі структуровано пропонує такі теми до опрацювання: 1) відчуття самотності: уникнення самотності та замкнутості; 2) відносини: вічний виклик; 3) визначення себе: ким я є насправді? 4) чи зупинишся перед стрибком? Оцінка ризику; 5) самопошкодження: не найкращий спосіб вирішити проблему; 6) контроль емоцій: занадто багато почуттів одночасно; 7) почуття внутрішньої порожнечі: що має наповнити мене; 8) червоне світло: зберігайте прохолоду; 9) недовіра: кому я можу довіряти; 10) дивлячись на себе зовні: почуття нереальності. Такі знання також можуть бути безцінними для психологів, котрі практикують, при роботі з клієнтами, що мають межевий розлад особистості.

Практичні завдання

Завдання 1. Зробіть короткий конспект з книги Мак-Вільямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2004. (С. 88–95; С. 112–130).

Завдання 2. Прочитайте випадок клієнта з розділу «Симптоматика пограничних розладів», книга К. Х. Бріш. Розлади прив'язаності від теорії до терапії : посібник. Львів : 2012. (С. 251–257). Поділіться власними міркуваннями щодо проявів межово-зорованої особистості у даному випадку та роздумами в контексті динаміки прив'язаності.

Завдання 3. Чи мали Ви досвід спілкування з межово зорганізованими людьми? Що Ви відчували у стосунку з ними? Як їх можна розпізнати?

Завдання 4. Перегляньте фільми: «Сабіна», «Фатальний потяг», «Білий Олеандр». Про який рівень організації особистості в них ідеться? Чому Ви так вважаєте? Спробуйте сконцептуалізувати випадок.

Завдання 5. Прочитайте структурне інтерв'ю О. Кернберга. З яких етапів воно складається? Які запитання задаються на кожному з етапів? Яке основне призначення структурного інтерв'ю О. Кернберга?

Питання для самоперевірки

1. Що характеризує межевий рівень організації особистості?
2. У чому полягає стратегія роботи психотерапевта з межево зорганізованими клієнтами? Охарактеризуйте експресивну техніку.
3. Охарактеризуйте контрперенос при роботі з межевими клієнтами.
4. Охарактеризуйте складові експресивної техніки: безпечні межі, проговорення контрастних відчуттів, інтерпретація примітивних захистів, отримання супервізії від клієнта, підтримка індивідуальності та перешкода регресії, інтерпретація в стані спокою. Наведіть приклади.
5. Яка мета терапії клієнтів з межевим рівнем організації?

Література

1. Бріш К. Х. Розлади прив'язаності від теорії до терапії : посібник. Львів : 2012. 314 с.
2. Кернберг О. Тяжолые личностные расстройства: стратегии психотерапии, 2000. 464 с.
3. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2004. 480 с.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

1. Арнц А., Якоб Г. Схема-терапія: модель роботи з частками. Львів : Свічадо, 2014. 264 с.
2. Базисное руководство по психотерапии / под ред. Хайгл-Эверса. СПб. : «Восточно-Европейский Институт Психоанализа», 2002. 164 с.
3. Бріш К. Х. Розлади прив'язаності від теорії до терапії : посібник. Львів : 2012. 314 с.
4. Вашека Т. В. Основи психологічної практики : навч. посіб. К. : Вид-во Нац. авіац. ун-ту «НАУ-друк», 2009. 200 с.
5. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 420 с.
6. Вестбрук Д. Подолати депресію. Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2014. 94 с.
7. Вестбрук Д., Рауф Х. Подолати панічний розлад. Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2014. 78 с.
8. Основи практичної психології / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. : підручник. 2-ге вид. К. : Либідь, 2001. С. 18–40.
9. Кернберг О. Тяжолые личностные расстройства: стратегии психотерапии, 2000. 464 с.
10. Колотильщикова Е. А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. СПб., 2004. 184 с.
11. Корб А. У пастці депресії. Як подолати тривожність і радіти життю. К. : Наш формат, 2019. 216 с.
12. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. М. : Академический проект, 1999. 240 с.
13. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2004. 480 с.
14. Мироненко О. Первинне інтерв'ю в психотерапії: від контакту до діалогу.
15. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие. М. : Сфера, 2002. 510 с.
16. Панок В. Г. Українська практична психологія: визначення, структура та завдання. Практична психологія та соціальна робота. 1997. Жовтень. С. 8–10.

17. Приц А., Викукаль Е. Групповий психоаналіз: Теорія. Техніка. Застосування. / Перекл. Галина Катовські; наук. редак. : Софія Грабаровська і Галина Католик. Львів : Астролія, 2006. 312 с.
18. Сергієнко О. Якщо ви надмірно переживаєте за все. Львів : Видавництво «Свічадо», 2018. 100 с.
19. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією. К. : Віхола, 2020. 176 с.
20. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посібн. модульно-рейтинговий курс. 2-ге вид., випр.і доп. К. : ВД «Професіонал», 2007. 544 с.
21. Ялом И. Групповая психотерапия. М. : Апрель-Пресс, 2010. 576 с.
22. Ялом І. «Шопенгауер як ліки». Х. : «Клуб сімейного дозвілля», 2018. 512 с.
23. Дейтс Б. Наутро после потери. URL: https://bookap.info/book/deyts_nautro_posle_poteri/
24. Arntz, A., Bernstein, D. P., & Jacob, G. (2013). Schema Therapy in Practice. An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. John Wiley & Sons: Chichester.
25. Ingham (2000). Panic attacks: what they are, why they happen and what you can do about them. London : Thorson.
26. Jacob, G., Hannie van Genderen & Seebauer, L. (2015). Breaking Negative Thinking Patterns: A Schema Therapy Self-Help and Support Book.
27. Kuzo, O., Kuzo, L., Posokhova A. Cognitive-Behavioral Model of Generalized Anxiety Disorder Psychotherapy // BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience. March 2021, Vol. 12. Iss. 1. 118–135 pp.
28. Kuzo, O., Kuzo, L., Zaverukha O. Peculiarities of Self-Image Dependence of the Students with High Level of Neuroticity // BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience. December 2020, Vol. 11. Iss. 4. 1–16 pp.
29. Malkinson, R. Cognitive Grief Therapy: Constructing a Rational Meaning to Life Following Loss. NY: Norton and Company, 2007.
30. Worden, W. Grief Counselling and Grief Therapy. NY: Springer Publ., 2002.
31. Worden, W. Children and Grief. NY: Guilford Press, 1997.
32. Onno van der Hart Coping with Loss: The Therapeutic Use of Leave-taking Ritual. NY; Irvington Publ., 1988.

ДОДАТКИ

Базова психологічна оцінка ІАРТ

РНQ-9	<i>Протягом останніх двох тижнів (або протягом іншого узгодженого часу) як часто вас турбували будь-які з вказаних проблем?</i>	<i>ніколи</i>	<i>кілька днів</i>	<i>більше половини часу</i>	<i>майже щодня</i>
1.	Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ.	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригнічення чи безнадія.	0	1	2	3
3.	Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість.	0	1	2	3
4.	Відчуття втоми або зниження енергії.	0	1	2	3
5.	Поганий апетит або переїдання.	0	1	2	3
6.	Негативне відчуття щодо себе – що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину.	0	1	2	3
7.	Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора.	0	1	2	3
8.	Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність.	0	1	2	3
9.	Думки, що було б краще, якби ви померли або про те, щоб заподіяти собі шкоду.	0	1	2	3
	<i>РНQ-9 загальна кількість балів =</i>				

Інтерпретація результатів

Загальна сума

0–4

5–9

10–14

15–19

20–27

Ступінь важкості депресії

Депресія відсутня

Депресія легкого ступеню

Депресія помірного ступеню

Депресія вираженого ступеню

Депресія важкого ступеню

GAD-7	<i>Протягом останніх двох тижнів (або іншого узгодженого часу) як часто вас турбували будь-які з таких проблем?</i>	<i>ніколи</i>	<i>кілька днів</i>	<i>більше половини часу</i>	<i>майже щодня</i>
1.	Роздратованість, хвилювання або відчуття, що ви «на межі».	0	1	2	3
2.	Постійне хвилювання, «переживання», яке Ви не в змозі зупинити або контролювати.	0	1	2	3
3.	Надмірні переживання за різні справи.	0	1	2	3
4.	Складно розслабитись.	0	1	2	3
5.	Ви настільки неспокійні, що навіть складно сидіти на одному місці.	0	1	2	3
6.	Підвищена дратівливість.	0	1	2	3
7.	Страх, ніби має статися щось жахливе.	0	1	2	3
<i>GAD-7 загальна кількість балів=</i>					

IAPT шкала фобії								
<i>Виберіть цифру зі шкали, яка відображає наскільки сильно Ви б уникали кожної з ситуацій або об'єктів, перерахованих нижче. Відповідну цифру поставте у клітинці, навпроти ситуації.</i>								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Не уникає</i>		<i>Деяко уникає</i>		<i>Безумовно уникає</i>		<i>Помітно уникає</i>		<i>Завжди уникає</i>
1.	Соціальні ситуації через страх бути засоромленим або висміяним.							
2.	Певні ситуації через страх панічних атак або інших тривожних симптомів (таких, як втрата контролю над сечовим міхурем, блювання або запаморочення).							
3.	Певні ситуації через страх окремих об'єктів або видів діяльності (наприклад, тварин, висоти, побачити кров, перебування в замкнутому просторі, водіння або переліт тощо).							

The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Схильність до надмірних переживань)

Інструкція: оцініть кожне з вказаних тверджень за шкалою від 1 («зовсім для мене не типово») до 5 («дуже типово для мене»). Будь ласка, не лишайте жоден пункт незаповненим.

1.	Якщо я маю недостатньо часу для того, щоб все зробити, це мене не хвилює.	1	2	3	4	5
2.	Мої переживання переповнюють мене.	1	2	3	4	5
3.	Я не схильний переживати про щось.	1	2	3	4	5
4.	Багато ситуацій змушують мене переживати.	1	2	3	4	5
5.	Я знаю, що мені не потрібно переживати про певні речі, але я не можу зарадити цьому.	1	2	3	4	5
6.	Якщо я під тиском, то багато переживаю.	1	2	3	4	5
7.	Я завжди про щось переживаю.	1	2	3	4	5
8.	Мені легко звільнитися від тривожних думок.	1	2	3	4	5
9.	Лише я щось завершу, одразу починаю переживати про все, що мені ще треба зробити.	1	2	3	4	5
10.	Я ніколи ні про що не переживаю.	1	2	3	4	5
11.	Коли я нічого не можу зробити, то більше не переживаю.	1	2	3	4	5
12.	Я все життя багато переживаю.	1	2	3	4	5
13.	Я зауважую, що переживав за щось.	1	2	3	4	5
14.	Коли я починаю переживати, то не можу спинитися.	1	2	3	4	5
15.	Я весь час переживаю.	1	2	3	4	5
16.	Я переживаю про проекти доти, поки вони повністю не завершені.	1	2	3	4	5

Опрацювання PSWQ

Під час підрахунку результатів PSWQ, значення 1, 2, 3, 4, і 5 при-
своюються відповідям залежно від того, чи є пункт сформульова-
ний позитивно, чи негативно. Загальна оцінка шкали коливається
від 16 до 80.

Пункти 1, 3, 8, 10, 11 are reverse scored as follows:

- Дуже для мене типово = 1 (обведена 5 у бланку).
- Обведена 4 у бланку = 2.
- Обведена 3 у бланку = 3.
- Обведена 2 у бланку = 4.
- Зовсім для мене не типово = 5 (обведена 1 у бланку).

Для пунктів 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16 такий підрахунок:

- Зовсім для мене не типово = 1.
- Значення 2, 3, and 4 не змінюються.
- Дуже типово для мене = 5.

Цитування: Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD: Development
and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behaviour Research and
Therapy 28:487-495,1990

(C) український переклад – Український інститут когнітивно-
поведінкової терапії: www.i-cbt.org.ua

Шкала вираженості панічного розладу – Форма самозвітності

Кілька вказаних запитань стосуються панічних атак та атак з обмеженою кількістю симптомів. Для цього опитувальника ми визначаємо панічну атаку як раптовий напад страху чи дискомфорту, який супроводжується, щонайменше, чотирма нижче переліченими симптомами. Вони мають досягти піку протягом 10 хвилин, щоб бути визначеними як раптовий напад. Атаки, подібні до панічних, але які виявляються менше, ніж чотирма з перелічених симптомів, називаються атаками з обмеженою кількістю симптомів. Ось перелік симптомів:

- Швидке або прискорене серцебиття.
- Потовиділення.
- Тремтіння.
- Утруднене дихання.
- Відчуття браку повітря.
- Біль або дискомфорт у грудях.
- Нудота.
- Запаморочення або втрата свідомості.
- Відчуття нереальності.
- Заціпеніння або поколювання.
- Озноб або припливи жару.
- Страх втратити контроль або збожеволіти.
- Страх смерті.

1. Скільки панічних атак та атак з обмеженою кількістю симптомів Ви мали впродовж тижня?

0 Не було панічних атак та атак з обмеженою кількістю симптомів.

1 Легко: не було повних панічних атак та не більше 1 на день атаки з обмеженою кількістю симптомів.

2 Помірно: 1 або 2 повні панічні атаки і/або кілька атак з обмеженою кількістю симптомів на день.

3 Сильно: більше, ніж 2 повні панічні атаки, але не більше, ніж одна на день, в середньому.

4 Дуже сильно: повні панічні атаки виникали більше, ніж один раз на день; більшість днів.

2. Якщо протягом минулого тижня у вас були панічні атаки, то наскільки виснажливими (приносили дискомфорт, лякали) вони були для вас у момент самої атаки? (Якщо була більше, ніж одна, визначте середню кількість, якщо не було панічних атак, проте були атаки з обмеженою кількістю симптомів, тоді дайте відповідь як для атак з обмеженою кількістю симптомів).

Зовсім не виснажували, або не було панічних атак чи атак з обмеженою кількістю симптомів протягом останнього тижня.

- 1 Дещо виснажували (не надто сильно).
- 2 Помірно виснажували (сильні, проте ще контрольовані) .
- 3 Сильно виснажували (дуже сильні).
- 4 Надмірно виснажували (дуже сильне виснаження протягом усіх атак).

3. Наскільки минулого тижня Ви були стурбованими чи мали тривогу щодо появи наступної панічної атаки або страхів, пов'язаних з атаками (наприклад, вони могли б означати, що у вас є проблеми з фізичним чи психічним здоров'ям або могли б осоромити вас перед оточуючими)?

- 0 Анітрохи.
- 1 Зрідка або лиш трохи.
- 2 Часто або помірно.
- 3 Дуже часто або значною мірою.
- 4 Майже постійно та до втрати працездатності.

4. Чи були протягом минулого тижня місця або ситуації (наприклад, публічний транспорт, кінотеатри, натовпи, мости, тунелі, торгові центри, перебування на самоті), яких Ви уникали або боялись (дискомфорт, бажання уникнути або покинути) через боязнь панічної атаки? Чи є інші ситуації, яких би Ви через ті самі причини уникали або боялись, якби вони мали місце протягом тижня? Якщо відповідь «так» на будь-яке з запитань, то, будь ласка, визначте ваш рівень страху та уникнення протягом минулого тижня.

0	Не було жодного страху чи уникнення.
1	Низький рівень: рідкісні випадки страху і/або уникнення, але, загалом, я міг/могла протистояти ситуації, або витримати її. Мій спосіб життя не змінився, або змінився незначною мірою через цю ситуацію.
2	Помірно виражений: помітні страх і/або уникнення, проте ще контрольовані. Я уникав(-ла) деяких ситуацій, але при супроводі я міг/могла би протистояти їм. Через цю ситуацію мій спосіб життя дещо змінився, але, загалом, моє функціонування не було порушене.
3	Сильно виражений: обширне уникнення. Потрібна була значна зміна мого способу життя, щоб уникнення не стало на заваді виконанню звичайних видів діяльності.
4	Надмірно виражений: домінуючий блокуючий страх і/чи уникнення. Була необхідність у обширних змінах мого способу життя, оскільки не виконувалися важливі види діяльності.

5. Чи були протягом минулого тижня такі види діяльності (наприклад, фізичні навантаження, сексуальні відносини, прийняття гарячого душу чи ванни, пиття кави, перегляд захопливого чи моторошного фільму), яких Ви уникали чи, щодо яких, Ви відчували страх (дискомфорт, хотіли уникнути чи зупинити) через те, що вони викликали фізичні відчуття, подібні до тих, які Ви маєте під час панічної атаки, або тому, що Ви боялись, що вони можуть її спричинити. Чи є інші види діяльності, яких би Ви через ті самі причини уникали, якби вони мали місце впродовж тижня? Якщо відповідь «так» на будь-яке запитання, то, будь ласка, визначте ваш рівень страху та уникнення впродовж минулого тижня.

0	Не було жодного страху чи уникнення ситуацій або видів діяльності через тривожні фізичні відчуття.
1	Низький рівень: рідкісні випадки страху і/або уникнення, але, загалом, я міг/могла протистояти або пережити не дуже тривожні види діяльності, які викликали фізичні відчуття. Мій спосіб життя змінився незначною мірою через це.
2	Помірний: помітне уникнення, проте ще контрольоване. Через це відбулися помітні, проте помірні зміни мого способу життя, але, загалом, моє функціонування не було порушене.

3	Сильно виражений: значне уникнення. Відбулася суттєва зміна мого способу життя, або погіршення працездатності.
4	Надмірно виражений: домінуюче і блокуюче уникнення. Була необхідність у значних змінах мого способу життя, оскільки не виконувалися важливі види діяльності.

6. Наскільки минулого тижня усі зазначені симптоми (панічні атаки та атаки з обмеженою кількістю симптомів, тривога через атаки, страх перед ситуаціями чи видами діяльності через атаки) впливали на вашу працездатність або виконання домашніх обов'язків? (Якщо минулого тижня у вас було менше праці чи домашніх обов'язків, ніж завжди, даючи відповідь, подумайте, що б Ви зробили, якби все було як зазвичай).

0	Не було негативного впливу на роботу чи виконання домашніх обов'язків.
1	Незначний вплив на виконання роботи чи домашніх обов'язків, але я міг/могла робити майже все так, як і за відсутності цих проблем.
2	Помітний негативний вплив на виконання роботи чи домашніх обов'язків, але, попри все, мені вдавалося робити те, що потрібно було зробити.
3	Значне погіршення у виконанні роботи чи домашніх обов'язків; було багато важливих речей, які я не зміг/змогла зробити через ці проблеми.
4	Надмірні порушення і з втратою працездатності; я фактично не міг/могла виконати будь-яку роботу чи домашні обов'язки.

7. Наскільки негативно минулого тижня панічні атаки та атаки з обмеженою кількістю симптомів, тривога через атаки, страх перед ситуаціями чи видами діяльності через атаки вплинули на ваше соціальне життя? (Якщо минулого тижня у вас не було багато можливостей для соціалізації, даючи відповідь, подумайте, що б Ви зробили, якби у вас були такі можливості).

0	Не було негативного впливу.
1	Незначний вплив на соціальну активність, але я міг/могла робити майже все так, як і за відсутності цих проблем.
2	Помітний вплив на соціальну активність, але я міг/могла справитися з більшістю речей, якщо докладав/-ла зусиль.
3	Значне погіршення соціальної активності; було багато соціальних речей, які я не зміг/змогла зробити через ці проблеми.
4	Надмірні порушення з втратою працездатності, через які я не міг/могла мати майже ніяких соціальних активностей.

Підрахунок балів за шкалою сили панічного розладу

У шкалі сили панічного розладу питання оцінюються від 0 до 4. Сумарний бал визначають шляхом знаходження середнього арифметичного балів за сімома пунктами. Зазначену таблицю можна використовувати для переведення вихідних балів (сума балів з кожного питання) в сумарні.

Вихідний бал	Сумарний бал	Вихідний бал	Сумарний бал	Вихідний бал	Сумарний бал	Вихідний бал	Сумарний бал
0	0	7	1.00	14	2.00	21	3.00
1	.14	8	1.14	15	2.14	22	3.14
2	.28	9	1.28	16	2.28	23	3.28
3	.42	10	1.42	17	2.42	24	3.42
4	.57	11	1.57	18	2.57	25	3.57
5	.71	12	1.71	19	2.71	26	3.71
6	.85	13	1.85	20	2.85	27	3.85
						28	4.00

Когнітивні спотворення

Когнітивні спотворення – це перебільшені помилки мислення, які інколи усі ми використовуємо, коли перебуваємо у стані емоційного збудження. Вони стають проблемою тоді, коли є надмірними або хронічними.

1. Дихотомічне мислення – погляд на речі «все або нічого», не оцінюючи спектру можливостей між двома крайнощами. Речі «хорощі або погані», «успіх або провал». Наприклад: «У мене ніколи нічого не вийде», «Я не можу нікому довіряти», «Я повний невдаха».

2. Нереальні очікування/надвисокі стандарти – використання завищених вимог/стандартів до себе і/або інших. Наприклад: «Якщо це не найкраще, то воно не рахується», «Помилки неприйнятні», «Я повинен/-на догодити всім» («треба», «повинен»).

3. Катастрофізація – прогнозування найгіршого, іноді навіть при сприятливому початку. Наприклад: «Я зробив помилку – мій керівник розгнівається – мені не продовжать контракту – я втрачу роботу – моя дружина мене покине».

4. Надмірне узагальнення – погляд на одну негативну подію як на ознаку того, що все погано. Наприклад: «Я провалив інтерв'ю, я ніколи не знайду роботи», «Ці стосунки невдалі, я ніколи не знайду супутника життя».

5. Знецінення позитивного – відкинення, применшення або ігнорування будь-яких позитивних подій. Наприклад: «Він говорить це лише з ввічливості». «Їй просто щось від мене потрібно».

6. Перехід до висновків – інтерпретація за відсутності фактів, що її підтримують.

- **Читання думок** – «Я точно знаю, що вони насміхалися з мене, не зважаючи на їхні усміхнені обличчя».
- **Передбачення (проорокування щодо майбутнього)** – «Коли він мене побачить, я йому не сподобаюсь».

7. Емоційне мислення – думки про те, що емоції свідчать про факти. Наприклад: «Я почуваюся непривабливим, отже, я такий і є».

8. Сприймати речі стосовно себе (самозвинувачення) – брати на себе відповідальність, якщо щось (що сприймається як погане) стається. Наприклад: «Вечірка не вдалася: це моя провина,

бо я відчував напруження і це змушувало інших почуватися некомфортно». «Двоє студентів вийшло з моєї лекції раніше – напевно я нудний».

9. Осудження (навішування ярликів) – називання себе жорстокими і принизливими словами. Наприклад: «Ідіот!», «Я такий дурний». «Що я за дурень», «Я жахлива мама».

Аналіз глибинних переконань (картка)

Почуття

Зараз я почуваю себе _____, тому що _____

_____ (вписати тригер – що сталося, що призвело до погіршення настрою)

Впізнання глибинних переконань

Проте, це почуття походить швидше від моїх думок, що я _____

_____ (наприклад, не варта любові), яких я навчилася в дитинстві через такі досвіди _____

_____ Ці глибинні думки про себе з дитинства призводять до того, що я пояснюю собі теперішні ситуації цими думками з дитинства.

Побудова альтернативних думок

Хоча я вірю, що я _____ (наприклад, не варта любові), і відчуваю сильні емоції, правда теперішня в тому, що я маю право на _____ (наприклад, любов від інших).

У моєму житті є докази цього більш здорового погляду.

Наприклад, _____

Дії

Нині хоча я хочу _____ (нездорова поведінка, що підтримує негативну думку), я можу зробити _____

_____ (здорова поведінка).

Ця нова поведінка допоможе підтримати мої нові думки про себе, що є більш здоровими та правильними.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Кузьо Олександра Борисівна,
кандидат психологічних наук, доцент

Основи психологічної практики

Навчальний посібник

Редагування *Юлія Глиняна*
Художнє оформлення *М. Льода*
Макетування *Галина Шушняк*
Друк *Іван Хоминець*

Підписано до друку 28.12.2021 р.
Формат 60×84/16. Папір офсетний. Умовн. друк. арк. 7,21.
Тираж 100 прим. Зам № 74-21.

Львівський державний університет внутрішніх справ
Україна, 79007, м. Львів, вул. Городоцька, 26.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 2541 від 26 червня 2006 р.