

# КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

## МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЇ

### Тема 1. Базові техніки психотерапії

#### 1. 1. Поняття і історія розвитку консультативної психології.

1. Слово «консультування» походить від латин. *consultare* – радитися, піклуватися, радитися. Під цим словом в українській мові мається на увазі порада, роз'яснення фахівця з будь-якого питання, бесіда з метою розширення та поглиблення знання. Буквально «консультувати» - означає давати пораду з проблеми, що цікавить. Психологічне консультування – прикладна галузь сучасної психології по наданню допомоги психічно і соматично здоровим людям в проблемних ситуаціях.

Історія становлення консультування почалася в 1898 році, коли Джес Б. Девіс став працювати консультантом з учнями середньої школи в Детройті по проблемах профорієнтації. Також піонером консультативного руху був Френк Парсонс, який в 1908 році заснував бюро керівництва вибором професії в Бостоні.

Слід зазначити, що розвиток консультування, як психологічної допомоги населенню нерозривно пов'язаний із становлення психотерапії. кінці ХІХ в невідкладних і найбільш хворобливі проблеми практики поклали початок виникненню на Заході особливого напрямку в психології – психотерапії. Шляхом напруженої практичної роботи з клієнтами, страждаючими психічними розладами, представниками цього напрямку, якому на початкових етапах відмовляли в науковості, впродовж ХХ ст вдалося накопичити величезний емпіричний матеріал, який по праву можна назвати золотим фондом сучасної психології. Накопити такий величезний матеріал дозволив унікальний метод, а саме відношення рефлексії до того, що робиш у момент роботи з клієнтом. Таке відношення рефлексії до діалогу допомогло відкрити і описати багато феноменів, які мають відношення до психологічного консультування. Виникнення гуманістичної психології і екзистенціально-гуманістичеського напрямку в психотерапії в середині ХХ ст створило уявлення про особливі умови, які повинні існувати між клієнтом і психологом.

Тому, основи сучасного психологічного консультування зародилися і розвинулися в рамках психотерапії в 50-і роки ХХ ст. на Заході. Ю.В Меновщиков вказує конкретну дату виникнення психологічного консультування – 1951 р., коли в США на одній з конференцій був введений термін «консультативна психологія», щоб відокремити консультування від клінічної психології, яка займається наданням допомоги психічно і соматично хворим людям. Таким чином, термін «консультація» протиставлявся терміну «лікування», що підкреслювало більш демократичне ставлення до людини, яка зверталася за допомогою. Так, «пацієнт» перетворився на «клієнта».

На перших етапах розвитку психологічного консультування природним був інтерес психологів до природи тієї реальності, з якою стикається клієнт у своєму житті, яка породжує проблеми, з якими він приходив на консультацію. Наприклад, психолога, який працює з організацією, насамперед, будуть цікавити психологічні закономірності, що обумовлюють поведінку людей в організаціях. Психолога, що працює з сімейними проблемами, буде цікавити психологія сім'ї і т.д. Пізніше інтерес психологів зміщується до проблеми взаємодії консультант-клієнт. Якщо

існують індивідуальні відмінності між людьми, то існують і подібні відмінності в консультативному процесі з різними людьми. До цих відмінностей відносяться: індивідуальні відмінності, як клієнтів, так і консультантів; типологія і форми запитів, з якими звертаються клієнти, види і форми психологічного консультування; вплив соціальної ситуації; різні форми консультативного діалогу.

Метою психологічного консультування є не лікування розладів, а їх профілактика, вирішення актуальних життєвих проблем, робота з деструктивними формами спілкування і поведінки, нерациональними способами організації діяльності - тим, що надалі може призвести до психічних травм і розладів. М.М. Обозов бачить мету психологічного консультування в проясненні клієнту причин і наслідків життєвих ситуацій, у доведенні до клієнта психологічної інформації, що має відношення до його проблеми. Стосовно до цих цілей висувуються такі завдання:

1. Вислуховування клієнта, в результаті чого має розширитися його уявлення про себе і власної ситуації.

1. Полегшення емоційного стану клієнта.
2. Прийняття клієнтом відповідальності за події в його житті (клієнт повинен усвідомити, що він сам почасти сприяє тому, що його стосунки з людьми носять складний і негативний характер).
3. Допомога консультанта у визначенні того, як і що саме можна змінити в даній ситуації.
4. Зміни поведінки клієнта, що дозволить йому жити продуктивно і задоволено в рамках соціальних обмежень.
5. Розширення спектру навичок подолання труднощів.
6. Допомога у прийнятті рішень або здійсненні вибору.
7. Вдосконалення взаємин з оточуючими людьми.
8. Розкриття у клієнта потенційних можливостей, здібностей і нового погляду на ситуацію.

Очікування клієнта мають істотний вплив на результат та ефективність психологічного консультування, тому повинні обговорюватися і зіставлятися з цілями і завданнями. У клієнта і консультанта можуть розходитися мети і завдання консультування. Як правило, для клієнта головною метою є полегшення стану і вирішення проблеми, а для консультанта - профілактика та стимулювання особистісного розвитку, щоб після рішення актуальної проблеми, з якою клієнт звернувся до психолога, він міг самостійно вирішувати свої проблеми в майбутньому.

## **2. 1.2 Розведення понять «Психологічне консультування», «Психотерапія», «Психокорекція».**

Специфікою психологічного консультування є акцент на діалозі та інформаційному обміні між клієнтом і консультантом. Соціально-психологічний тренінг також є формою надання допомоги психічно і соматично здоровим людям, але в його форматі основним фактором впливу стає не інформація, яка виходить від психолога, а група, процеси групової динаміки, особливості зворотнього зв'язку, яким допомагає здійснитися психолог - тренер або ведучий . Специфічними методами здійснення впливу в рамках СПТ є не діалог і інформація, що має відношення до проблеми клієнта, а групова дискусія та рольова гра.

Психокорекція - це система заходів, спрямованих на виправлення недоліків психології та поведінки людини за допомогою спеціальних засобів психологічного впливу. При цьому недоліки не є настільки важкими, щоб визнати їх носія психічно хворою людиною, не мають органічної природи і відносяться до тих якостей і властивостей, які здатні змінюватися. Завдання психокорекції тісно пов'язані з поняттям «норма», що визначає основну мету психокорекції як «повернення» чи «підтягування» клієнта до належного рівня виходячи з його

вікових та індивідуальних особливостей, а також медичних, соціальних і культурних вимог. Про необхідність психокорекційного впливу можливо говорити, коли існує якесь відхилення від норми. Норма - це явище групової свідомості у вигляді уявлень і суджень членів групи про вимоги до поведінки її членів. Тому поняття норма завжди мало дискусійний і відносний характер.

Етапи психокорекційної роботи:

1. Збір психологічного анамнезу за допомогою бесіди і психодіагностичних методів.
2. Встановлення психологічного діагнозу і психологічного прогнозу (шлях розвитку проблеми).
3. Планування психокорекційних заходів з урахуванням зони найближчого розвитку.
4. Здійснення психокорекційних заходів.
5. Оцінка результативності (досягнення мети).
6. Психопрофілактика рецидивов даної проблеми.

Результативність психокорекційної роботи визначається за трьома сферами:  
- Когнітивна (усвідомлення мотивів своєї поведінки, відносин, реакцій, емоційних і поведінкових стереотипів, зв'язки між психогенними факторами і соматичними розладами; усвідомлення причин і своєї відповідальності та ролі у виникненні переживань і проблем);

- Емоційна (усвідомлення, вербалізація іотреагирование почуттів та емоцій, модифікування емоційних реакцій і відносини);

- Поведінкова (корекція неадекватних форм поведінки, оволодіння новими формами поведінки).

Хоча психологічне консультування на останньому етапі позначається як «надання психокорекційного впливу», його не можна зводити до психокорекції, яка зводиться до суб'єкт-об'єктним відносинам і спланованим впливом на клієнта, тоді як психологічне консультування - по суті діалог, відверте обговорення, суб'єкт-суб'єктне спілкування. Психокорекція - це вирішення внутрішніх проблем клієнта, а консультування на меті часто має врегулювання відносин клієнта з навколишнім світом і людьми. Хоча в літературі часто використовують поняття психокорекції та психологічного консультування як синоніми.

Під психотерапією традиційно розуміють форму лікування психічних порушень і розладів. Останнім час психотерапія все більше стає засобом самопізнання, особистісного зростання, досягнення зрілості, зміни поведінки, рішення екзистенціальних проблем.

Відмінності психологічного консультування, психотерапії та психокорекції мають умовний характер, але традиційно її розділяють:

1. По цілям і завданням:

- Консультування - надання допомоги у вирішенні ситуативних, актуальних, усвідомлюваних проблем. Психотерапія - зміна базової структури особистості, характеру, реконструювання психіки, подолання давніх психічних травм і внутрішніх конфліктів. Психокорекція - повернення або підтягування клієнта до належного рівня, «норми», оптимальної моделі.

2. За часом проведення:

- Консультування - короткострокове, 10-15 сеансів.

Психотерапія - довгострокова, в психоаналізі 800-1500 годин. Психокорекція - середньо і короткострокова, 15-20 сеансів.

3. Тип клієнта:

- Консультування - здорова особистість. Психотерапія - люди, які мають невротичні та психотичні розлади.

Психокорекція - здорова особистість, відстала в розвитку або відхилилася від норми.

4. Рівень впливу:

Консультування - ситуаційні проблеми, які вирішуються на рівні свідомості.

Психотерапія - глибинний аналіз проблем, робота з несвідомим матеріалом, причинами проблем, особистісний розвиток, симптоми.

Психокорекція - особистісний розвиток, психічні процеси, поведінка, девіації, внутрішня картина світу, вікові кризи, внутрішньоособистісні конфлікти.

5. Характер скарг:

Консультування - труднощі в міжособистісних відносинах, здійснення будь-якої діяльності чи вибору, у прийнятті рішень або в адаптації, неможливість подолання ситуативних проблем.

Психотерапія - неможливість контролювати свої емоції і поведінку, емоційні розлади, соматичні та психічні захворювання, депресія, суїцидальні наміри, психічні травми, внутрішні конфлікти.

Психокорекція - дезадаптація, девіації, гострий стан горя, стрес, психічна травма.

6. Діагностика:

Консультування - діагностика актуальних станів і подій сьогодення або недалекого минулого.

Психотерапія - діагностика подій і травм минулого, аналіз несвідомого матеріалу.

Психокорекція - діагностика актуального стану, анамнез - історія хвороби, психологічний анамнез - [інтерпретація](#) самим клієнтом історії і фактів свого життя.

7. Уривок контакту:

Консультування - довірчий, діалогічний, робітник.

Психотерапія - глибокий, інтимний, трансферний.

Психокорекція - добровільність, довіра, активність клієнта.

8. Процес надання впливу і його результат:

Консультування - зміна установок клієнта на себе, інших людей і форми взаємовідносин з ними, зміна поведінки, адаптація до ситуації, прийняття рішення та відповідальності.

Психотерапія - увага приділяється взаємовідносинам між терапевтом і клієнтом, аналізу [перенесення](#) і контрпереноса. Результат - реконструювання травматичного досвіду, вирішення внутрішніх конфліктів, особистісний ріст.

Психокорекція - вплив на когнітивну, емоційну, вольову, поведінкову сфери з метою приведення їх у норму.

Психічне здоров'я - стан душевного і тілесного добробуту, характерне відсутністю хворобливих психічних і фізичних проявів і забезпечує адекватну умовам дійсності регуляцію поведінки й діяльності. Критерії психічного здоров'я:

1) саморегуляція поведінки відповідно до обраних цілями і нормами (вміння керувати своїми емоціями і поведінкою);

2) адекватність поведінкових реакцій силі зовнішнього подразника і ситуації;

3) відповідність психологічного і біологічного віку;

4) соціальна адаптивність;

5) наявність здорової рефлексії;

6) задоволеність життям. Рівні психічного здоров'я:

- Креативний (активне творче ставлення до дійсності, високий рівень усвідомленості та відповідальності, стійкість до середовищних впливів);

- Адаптивний (адаптованість до соціуму, підвищений рівень тривожності, стресостійкість);

- Дезадаптивний (наявність нерозв'язних внутрішніх проблем і конфліктів, порушення балансу між внутрішнім і зовнішнім світом, який намагаються відновити за допомогою асимілятивні стилі поведінки - пристосувань на шкоду своїм інтересам або аккомодативної - агресивно-наступальної на шкоду інтересам інших).

Визначень психологічного консультування в літературі існує багато. Загальне розуміння зводиться до кількох моментів:

- Психологічне консультування спрямоване на допомогу людям у вирішенні психологічних проблем і особистісному розвитку.

- Психологічне консультування - це навчання клієнта новим адаптивним формам поведінки;

- Психологічне консультування - це професійні відносини між спеціально навченим фахівцем і клієнтом з надання допомоги останньому у вирішенні його проблем.  
Види психологічного консультування.

- Особливості застосування психологічного консультування в різних областях змінювалися в міру того, як змінювалися потреби і запити суспільства, а сфера клієнтів поступово розширювалася. В даний час виділяють декілька видів психологічного консультування:

1. Індивідуальне консультування (спрямоване на вирішення особистісних та міжособистісних проблем клієнтів).
2. Групове консультування (передбачає використання групової взаємодії для полегшення станів, самопізнання та індивідуальних змін членів групи).
3. Сімейне консультування (займається вирішенням сімейних і шлюбних проблем).
4. Шкільне та педагогічне консультування (направлено на вдосконалення навчальних програм, вирішення проблем у вихованні та навчанні, розробку індивідуальних планів навчання).
5. Організаційне та ділове консультування (займається психологічними проблемами організацій, менеджментом, побудовою команди, підготовкою та навчанням персоналу).
6. Реабілітаційне консультування (працює з людьми, що пережили важкі травми і ситуації).

### **3. 1.3 Принципи психологічного консультування і психотерапії.**

Принципи психологічного консультування та психотерапії.

Слово «принцип» у перекладі з латинської означає - початок, основне, вихідне положення будь-якої теорії, керівне правило діяльності. Принципи психологічного консультування є основні правила роботи, що виникли в результаті практичного досвіду. До них відносяться:

1. Принцип унікальності - кожен клієнт і його проблема є унікальними у своєму роді і вимагають індивідуального підходу.
2. ПРИНЦИПИ динамічності - не існує статичних ситуацій, в процесі консультації змінюється сам клієнт, його консультант і відносини між ними.
3. Принцип поділу відповідальності - клієнт є кращим експертом своїх проблем, тому відповідальність за результати лежить на ньому, консультант несе відповідальність за свій професіоналізм.
4. Принцип безпеки клієнта - головне для консультанта правило роботи «не нашкодь», плюс конфіденційність отриманої інформації.
5. Принцип поетапності, поступовості і циклічності змін - стан клієнта змінюється не по прямій лінії, а зигзагами, періоди поліпшення можуть змінюватися періодами погіршення стану клієнта.
6. Принцип добровільності - клієнт має право сам визначати наскільки і як він готовий змінити себе.
7. Принцип доброзичливості і безоціночного ставлення консультанта до клієнта - безумовне прийняття та емпатія - це та атмосфера, в яку повинен бути занурений клієнт на прийомі у консультанта.
8. Принцип розмежування особистих і професійних відносин - це пов'язано з явищами [перенесення](#) і контрпереноса, які можуть виникнути в процесі консультування. З цієї причини не рекомендується консультувати своїх близьких друзів і родичів, так як консультант в таких відносинах не може зберігати об'єктивну і нейтральну позицію по відношенню до клієнта.

# 1. Стадії психотерапії.

Психотерапевтичний процес включає в себе етапи, які умовно можна поділити на:

1. Встановлення контакту.
2. Терапевтичний вплив.
3. Трансформація клієнта (терапевтичні зміни).

Для того, щоб розкрити зміст описаних етапів, розглянемо стадії психотерапії:

1. *Звернення за допомогою*. Скарга клієнта. З'ясування мотивації до психотерапії. Скарги, як правило, пов'язані з претензіями до зовнішнього світу і бажаннями його змінити. Скарги можуть бути складними, составними, незрозумілими.

2. Встановлення контакту.

3. Прояснення проблеми, збір інформації, передача відповідальності клієнта, постановка цілей психотерапії.

4. Вираз почуттів та їх вербалізація (вентиляція), катарсис.

5. Усвідомлення, вираз і опрацювання глибоких почуттів (аналіз), руйнування захисних механізмів, фрустрація. Найболючіше етап.

6. Усвідомлення і розуміння причин, минулого досвіду, інсайт, переміщення психічного матеріалу з несвідомого рівня на свідомий.

7. Планування дій, закріплення нового досвіду.

8. Завершення психотерапії.

В гештальт-терапії існує інша класифікація етапів психотерапевтичного процесу, яка в більшому ступені акцентується на внутрішніх змінах клієнта:

1) *рівень обміну кліше*. На цьому рівні проходить життя більшості людей, це ритуальні відносини. Цей рівень виявляється як в індивідуальній терапії, так і на перших етапах роботи групи, коли розмова ведеться на загальні теми і є захистом від переходу на емоційний рівень;

2) *рівень масок і ролей*, які ми граємо в повсякденному житті. Після проходження цього рівня клієнт починає розуміти, як за допомогою ролей, масок і маніпуляцій, він тікає від контакту за межами терапевтичної ситуації;

3) *вибух, спрямований усередину (імплюзія)*. На даному етапі терапевт повинен показати, що вибір існує і клієнт має право залишатися в звичному стані і не змінюватися, але людина повинна прийняти відповідальність за будь-який свій вибір.

4) *тупик і вибух, спрямований зовні (експлозія)*. Відчуття внутрішнього сум'яття і відчаю на цьому етапі може переживатися як смерть або страх смерті.

5) *автентичність (справжність)* досягається при усвідомленні людиною своєї суті, власної Самості.

## 2. Особливості психотерапевтичного контакту.

2. У літературі існує кілька визначень консультативного контакту. Найбільш поширені з них відзначають наступне: консультативний контакт - це унікальний динамічний процес, під час якого консультант допомагає клієнту використовувати свої внутрішні ресурси для розвитку в позитивному напрямі і актуалізувати потенціал осмисленого життя. Відзначається, що консультативний контакт завжди включає в себе почуття і установки, які учасники консультування відчувають один по відношенню до іншого, і спосіб їхнього вираження. Практично всі визначення вказують на кілька унікальних рис консультативного контакту:

-Емоційність (консультативний контакт скоріше емоційний, ніж когнітивний, він має на увазі дослідження переживань клієнта і консультанта);

-Інтенсивність (оскільки консультативний контакт є щире ставлення і взаємний обмін переживаннями, він не може не бути інтенсивним);

-Динамічність (внутрішні зміни клієнта призводять до змін змісту контакту);

-Конфіденційність (зобов'язання консультанта не поширювати відомості про клієнта сприяє довірливості відносин);

-Надання підтримки (підтримка консультанта забезпечує саморозкриття клієнта і стабільність контакту, що дозволяють клієнту ризикувати вести себе по-новому);

-Взаємна відповідальність і сумлінність.

Цікавою є наукова дискусія про те, чи можна вважати психотерапевтичні та консультативні відносини видом міжособистісних відносин. У рамках гуманістичного і клієнт-центрована підходів загальноприйнятим вважається думка, що психотерапія не є специфічним видом відносин, який відрізняється від взаємин у реальному житті. Більшість же теоретиків і практиків вважають за необхідне здійснити «демістифікацію» психологічної допомоги та консультування, підкреслюючи, що консультування є зразком переконань, цінностей і стратегій поведінки, які повинні бути притаманні суспільству як такому.

Консультативний контакт, хоча зовні здається формальним і дуже нетривалим в порівнянні з реальним життям клієнта, все ж є більш тісним, інтенсивним і глибоким, ніж будь-яка інша міжособистісна зв'язок. У цьому контакті клієнт звертається до незнайомої людини і розкриває йому інтимні подробиці свого життя, про які, можливо, ніхто більше не знає. У процесі консультації часто впливають нові, раніше невідомі сторони особистості, які дивують, лякають і шокують самого клієнта. У такі моменти від терапевта потрібно безумовне прийняття, емпатія і підтримка. Все це робить консультативний контакт унікальним відношенням двох людей, не схожим на реальні дружні або любовні стосунки.

Багато консультантів застерігають про те, що занадто близьке особисте знайомство консультанта і клієнта може перешкодити роботі. Консультант зобов'язаний підтримувати деяку особисту невизначеність, щоб клієнт міг приписати йому ту роль, яку захоче. Більшість психотерапевтів та консультантів вважають, що чим менше клієнт обізнаний про їхнє особисте життя, тим легше їм виконувати свої терапевтичні функції. У будь-якому випадку необхідно робити розмежування між необхідністю соціальної дистанції консультант-клієнт і неприйнятністю емоційної дистанції в консультативному контакті.

Унікальність природи терапевтичного контакту залежить від здатності консультанта розрізнити інтимно-особистісні та інтимно-терапевтичні відносини. На противагу близьким особистим зв'язкам консультативний контакт, хоча й наповнений почуттями і переживаннями, є за своєю природою асиметричним, тому що тільки клієнт розкриває інтимні подробиці свого життя. Консультант має право вирішувати наскільки йому самому розкриватися і як реагувати або не реагувати зовсім на інформацію клієнта. Консультативний контакт асиметричний ще і з тієї причини, що правила роботи задаються консультантом, а не клієнтом.

Характер консультативного контакту багато в чому залежить від теоретичної орієнтації консультанта і того напрямку, в якому він працює. Психоаналітичне напрям суворо ставиться до особистої анонімності і деякої дистанційованості консультанта для того, щоб клієнт міг вільно проектувати на нього свої почуття і фантазії. Основна увага в психоаналітичному контакті приділяється зменшенню опору, реакцій [перенесення](#) клієнта і встановлення більш раціонального контролю. Консультант інтерпретує поставляється клієнтом матеріал і прагне навчити його зіставляти свої актуальні переживання з минулими подіями.

Бихевиорально-когнітивне напрям вимагає встановлення робітників, а не особистих стосунків між консультантом і клієнтом для виконання процедур навчання. Консультант є активною і директивною стороною, виконує роль вчителя, наставника, тренера, прагне навчити клієнта новим формам поведінки і реагування.

Клієнт-центрирований напрям вважає консультативний контакт сутністю процесу консультування і головним засобом змін клієнта. Необхідними і достатніми умовами такого

контакту вважаються конгруентність, емпатія, безумовне прийняття та повагу підтримка і теплота з боку консультанта. Засвоєні під час консультації навички прийняття себе та інших людей, позитивного ставлення та поваги клієнт переносить у реальне життя.

Екзистенційний напрям вважає основним завданням консультанта - приєднання, присутність, вживання в буття клієнта і встановлення з ним справжньої автентичної зв'язку. Такий контакт дозволяє клієнту відкрити свою унікальність і неповторність і знайти смисли власного існування. Консультант і клієнт вступають в контакт як дві рівноправні й унікальні особистості, що допомагає їм пізнати один одного і змінитися.

Терапевтичний ефект консультативного контакту виявляється в тому, що характер контакту між консультантом і клієнтом як дзеркало відображає особливості відносин клієнта з іншими людьми, стиль і стереотипи його спілкування і дозволяє провести корекцію своєї поведінки і реакцій.

### **3. Структурування психотерапевтичного простору.**

Якість консультативного контакту залежить від двох важливих факторів: терапевтичного клімату та навичок консультанта (вербальних і невербальних) в підтримці спілкування. Терапевтичний клімат включає в себе фізичні і емоційні компоненти. До фізичних компонентів терапевтичного клімату відносяться:

1. Обстановка консультування.
2. Структурування консультативного простору.
3. Структурування часу консультування.

Обстановка консультування має сприяти саморозкриттю клієнта. Для цього необхідно мати звуконепроникний кабінет, так як сторонні звуки заважають зосередитися і викликають сумнів в конфіденційності розмови. Кабінет повинен бути не дуже великим, пофарбованим у спокійні тони і не химерним. Не рекомендується занадто яскраве освітлення. У кабінеті необхідні стіл, стільці і кушетка для проведення релаксації. Консультування рекомендується проводити в одному і тому ж кабінеті. Це дозволяє клієнтові не витратити час кожен раз на адаптацію і дозволяє йому почуватися безпечніше.

Одним з головних аспектів взаємодії консультанта і клієнта є правильне структурування простору. Розташування консультанта і клієнта у процесі консультування Р. Мей називає «геометрією любові». Не рекомендується консультанту і клієнту сидіти на протилежних сторонах столу, так як стіл служить бар'єром спілкуванню і створює офіційну обстановку. Для консультування сприятлива позиція розташування учасників розмови на одній стороні або під прямим кутом обличчям один до одного. Консультант повинен добре бачити клієнта для того, щоб йому була доступною вся невербальна інформація про нього. Дистанція між консультантом і клієнтом відображає відомий в соціальній психології феномен «особистого простору». Особистий простір змінюється в залежності від відносин учасників бесіди, обговорюваної теми та індивідуальних особливостей. Доцільно дозволити клієнтові самому вибрати прийнятну для нього дистанцію для уникнення зайвої напруги. З проблемою дистанції тісно пов'язане питання про терапевтичний сенс і можливості фізичного дотику консультанта до клієнта. Дотик означає близький, інтимний контакт. Багато консультанти і терапевти вважають, що Нееротичні фізичний контакт представляється цінним в процесі консультування, особливо з людьми які перебувають у кризі або переживають важку психічну травму, тому що демонструє емоційну підтримку консультанта.

Структурування часу консультування має жорсткі рамки, порушення яких має несприятливі наслідки. Оптимальним часом вважається 50-60 хв. Така тривалість не випадкова, менш тривала бесіда не дозволяє глибоко обговорити проблему, а більш тривала надто стомлює обох учасників процесу. Консультування вимагає концентрації уваги і пильності, які, як відомо, важко зберігати більш 45-50 хвилин. Існують і вікові обмеження: бесіда з 5-7 річною дитиною не повинна тривати більше 20 хвилин, з 8-12 річним - більше 30 хвилин, а з дітьми старше 12 років - 45-50 хвилин. Тривалість сеансу консультант визначає спочатку зустрічі, клієнт повинен знати яким часом він володіє. Клієнти дуже часто намагаються затягнути бесіду, що консультант не повинен заохочувати. Така строгість дисциплінує клієнта і покладає на нього відповідальність за свою поведінку. Спочатку консультування також визначають приблизну



кількість і частоту зустрічей і фіксують це в контракті. Для продуктивного контакту достатнім вважається 1-2 зустрічі на тиждень, кількість сесій залежить від проблеми, здібностей клієнта до змін і визначається індивідуально.

До емоційних компонентів терапевтичного клімату відносять:

- Створення атмосфери взаємної довіри;
- Щирість консультанта;
- Здатність консультанта до емпатії;
- Безумовна повага клієнта.

Створення обопільної довіри - це умова саморозкриття клієнта та ефективності консультативної роботи. Це входить у професійні обов'язки консультанта і залежить від його ставлення до роботи і особистісних якостей. Консультант зобов'язаний мати щирий інтерес до людей і бажання їм допомогти, бути залученим в проблему свого клієнта, бути максимально доброзичливим і природним. К. Роджерс вважав, що для встановлення взаємної довіри консультанту необхідні такі якості як щирість, здатність до емпатії і безумовне прийняття людини.

Щирість консультанта - це природність, спонтанність, невимушеність і здатність бути самим собою з клієнтом, не грати роль учителя або терапевта, не демонструвати свій професіоналізм, а просто бути поруч і висловлювати свої власні переживання. Клієнт повинен сприймати роботу консультанта не як вторгнення в його особистий простір, а як підтримку і турботу. Конгруентне прозору взаємодію дозволяє клієнту теж скинути свої «маски» і бути самим собою. Щирість також передбачає відповідність висловлювань переживань і невербальному поведінці.

Емпатія (в пер. з грец. - Співпереживання) - проникнення у внутрішній мир іншої людини за рахунок відчуття причетності до його переживань. Поняття емпатія - ключове в клієнт-центрованої підході К. Роджерса, йому ж приписується авторство цього терміна. Але, насправді поняття емпатія було введено в англійську психологічну термінологію в 1912году завдяки Е. Титченеру, який підшукав його як англійський еквівалент поняттю «вчувствование». Перша концепція емпатії сформульована в 1885году німецьким психологом Теодором Ліппс (1851 - 1914), який розглядав її як психічного акту, при якому людина, сприймаючи предмет, проектує на нього свій емоційний стан, відчуваючи при цьому позитивні або негативні естетичні переживання. У роботах Т. Ліппса йшлося про сприйняття творів образотворчого мистецтва і архітектури. На його думку, відповідні естетичні переживання не стільки пробуджуються художнім витвором, скільки привносяться в нього. Поняття емпатії надалі виступило одним з найважливіших у «розуміє психології» Вільгельма Дільтей (1833 - 1911). Здатність до емпатії Дільтей розглядав як умова розуміння культурно-історичної, людської реальності. Різні феномени культури виникають з живого цілого людської душі, їх розуміння - це не концептуалізація, а проникнення, як би привнесення себе в цілісне душевний стан іншої на основі емпатії. Найбільш близьке до сучасного тлумачення, поняття емпатії було сформульовано в 1905 році З. Фрейдом у роботі «Дотепність і його відношення до несвідомого». Він писав про те, що психотерапевт враховуючи психічний стан пацієнта, ставить себе в цей стан і намагається зрозуміти його, порівнюючи зі своїм власним. Емпатія передбачає деяку ідентифікацію аналітика з пацієнтом, але при цьому не є повним його ототожненням з останнім. Навпаки, маючи здатність стати причетним внутрішнього світу іншої людини, аналітик зберігає здатність до дистанціювання від нього і об'єктивному погляду на природу його переживань.

У гуманістичної психології К. Роджерса емпатія виступає основним прийомом «клієнт-центрованої терапії», в якій психолог вступає в глибокий особистісний контакт з клієнтом і допомагає йому усвідомити, прийняти себе і взяти на себе відповідальність за вирішення власних проблем. Поряд з безумовним прийняттям клієнта і конгруентністю, емпатія виступає одним з компонентів так званої психотерапевтичної триади Роджерса - потрібної сукупності умов, без яких [психотерапевтичний контакт](#) не може бути повноцінним. Емпатія як спосіб психотерапевтичного спілкування передбачає тимчасове життя як би іншим життям, делікатне, без упередженості перебування в особистісному світі іншої людини, чутливість до його постійно мінливих переживань. Спільне переживання клієнта з консультантом своїх проблем

допомагає їх більш повного усвідомлення і призводить до такої зміни структури Я, яке робить його більш гнучким, творчим і відкритим новому позитивному досвіду. При цьому К. Роджерс застерігає про те, що емпатія є переживання іншого при обов'язковій умові «коли б», інакше даний стан стає станом ідентифікації - дуже, до речі, небезпечним. Вихід за межі суб'єктивні емпатії чреватий професійним «вигоранням» терапевта. Консультант повинен вміти перейнятися переживаннями свого клієнта, але не настільки, щоб перетворити чужі проблеми у свої. Емпатія розглядається як один з ключових чинників успішної професійної діяльності консультанта, здатність до неї формується за допомогою спеціальних вправ і сензитивних прийомів в емпатичних лабораторіях.

Під поняттям «безумовна повага клієнта» мається на увазі безоціночне і неупереджене прийняття людини як цілісної особистості з її позитивними і негативними якостями і прояв до нього емоційної теплоти і турботи. К. Роджерс вважав, що безумовне позитивне ставлення - це терпимість до всіх аспектів суб'єктивного світу клієнта, немов ти сам є його частиною. Позитивне ставлення не висуває ніяких вимог до людини, виключає установку на хороші і погані якості, на зрілі та незрілі почуття, упокорюється з суперечливістю його внутрішнього світу. Клієнта необхідно прийняти таким, яким він є, і дозволити йому жити своїм життям на власний розсуд. Позитивне безумовне ставлення до людей формується на основі самоповаги і самоприйняття консультанта. Безумовність означає, що базова установка консультанта не коливається залежно від емоційного стану і поведінки клієнта. При цьому необхідно враховувати той факт, що консультант повинен спрямовувати свою безумовність на суб'єктивний світ клієнта, який включає в себе його почуття, фантазії, думки і бажання і в праві не приймати і не схвалювати поведінку клієнта, якщо воно виходить за рамки пристойності і моральних норм.

До навичкам підтримки консультативного контакту відносять: невербальне спілкування, вербальне спілкування, слухання.

## **4. Психотерапевтичні техніки 1.Техніки встановлення і підтримки психотерапевтичного контакту**

У всьому різноманітті психотерапевтичних технік, які відображають особливості того чи іншого напрямку психотерапії можна виділити три загальні типи. Це техніки встановлення та підтримки психотерапевтичного контакту, техніки впливу, трансформаційні техніки. Слід зазначити, що специфіка використання технік залежить від ідейних засад психотерапевтичних напрямків. Деякі з них є більш «технічними» (наприклад, поведінкова терапія), інші в меншому ступені використовують технічні прийоми (клієнт-центрована психотерапія). Основна відмінність пов'язана із тим, на що в більшій мірі орієнтований той, чи інший напрямок: на особливості внутрішнього процесу, чи на опрацювання нових вмінь, навичок, форм поведінки. Процесуальність психотерапії вимагає високого рівня емоційного контакту, недирективність по суті, довіру до внутрішнього світу клієнта, тому техніки розглядаються як вторинні стосовно якості контакту та феноменології емоцій особистості.

Слід зазначити, що сучасна психотерапія відрізняється прихильністю до еkleктивного підходу, коли у роботі використовуються технічні засоби з різних напрямків.

Однак, для формування уявлення про психотерапевтичний процес, слід розглянути основні типи технік.

### *1. Техніки встановлення і підтримки психотерапевтичного контакту.*

1.Техніка раппорта (бути в контакт) - зав'язування теплих особистих відносин з клієнтом і створення атмосфери взаємної довіри. Мета раппорта - вибудувати міст взаємин з клієнтом через щирий інтерес і прийняття клієнта.

2. Підтримка - підбадьорення, заспокоювання.
3. Розуміння - емоційний відгук терапевта, який спонукає йти вглиб, не боятися.
4. Прийняття - створює близькість.
5. Техніка відображення почуттів - допомагає усвідомити і прийняти свої почуття клієнтові як частину себе. В даній техні
6. Техніка відображення змісту - перефразування та узагальнення, передається основний зміст сказаного клієнтом, нічого не додається.
7. Мовчання, пауза - збільшує емоційний контакт, поглиблює переживання, занурює клієнта в проблему. Мовчання може бути відкидає і які вживають.
8. Техніки підтримки напруги - збуджують симптом:
  - Зосередження на больових темах, точках, симптомах;
  - Гострі питання, що торкаються больові точки;
  - [Інтерпретація](#) установок і поведінки клієнта;
  - Мовчання і відстороненість терапевта;
  - Зменшення підтримки, пропозиція припинити терапію;
  - Натяк на те, що клієнт міг би краще працювати;
  - Конфронтація - реакція терапевта, суперечить поведінці й очікуванням клієнта. Застосовується тоді, коли клієнт починає грати, топчеться на місці, не працює, маніпулює. Це не покарання клієнта, а спосіб звернути увагу, конфронтація не повинна руйнувати захисні механізми клієнта.
9. Самовираження і розкриття почуттів терапевта - показати своє ставлення до подій. Використовується на більш пізніх стадіях терапії для підтримки контакту. Не перевантажувати клієнта.
10. Емпатія (в пер. з грец. - Співпереживання) - проникнення у внутрішній мирт іншої людини за рахунок відчуття причетності до його переживань, «вживання в шкіру клієнта».
11. Рефлексивне слухання - слухання з застосування зворотного зв'язку.
12. Селективна увага - виборча увага на окремі моменти або їх ігнорування.
13. Фокус - аналіз - фокусування на клієнта, інших людей, проблеми, почуттях, психотерапевта, спільності «Я теж іноді відчуваю ...», культурних феноменах.
14. Підстроювання (приєднання, віддзеркалювання) - сканування вербальних і невербальних сигналів клієнта, його станів та їх повторення. Калібрування - підстроювання і повторення невербальних сигналів клієнта.

## **5. 2. Техніки психотерапевтичного впливу.**

1. Конкретне побажання, рекомендація, «Я пропоную Вам зробити наступне ...». Здебільшого цей прийом характеризує поведінкові варіанти психотерапії та консультативні зустрічі.
2. Парадоксальна інструкція - посилити симптом, продовжувати робити, те, що не хочеться, заподіює біль. Цей прийом спрямований на ще більше усвідомлення ригідності та неадекватності симптому. Завдяки чому клієнт відчуває гостру необхідність зруйнувати шаблон та змінити себе.
3. Вправи для вироблення нових навичок і форм поведінки. Мають чітку інструкцію та засоби перевірки засвоєння вміння. Для цього терапевтичного прийому можуть використовуватися навіть технічні засоби, наприклад запис на відеокамеру чи диктофон.
4. Активна уява і фантазування - «Уявіть, що ...».

5. Програвання - «Поверніться до цієї ситуації і знову програйте свою роль».
6. Техніка двох стільців - застосовується для роботи з конфліктами, субособистостями. Може застосовуватися як для виявлення внутрішніх конфліктів, так і для реалізації діалогу з важливою людиною із життя клієнта, яка в реальності не присутня на сеансі.
7. Вільні асоціації - «Згадайте це почуття. Які асоціації у Вас виникають у зв'язку з ним? ».
8. Переоцінка - знайти позитивне в поганому, інший погляд на ситуацію. Життєві ситуації вирішуються по-різному людьми, тому майже завжди є оцінка ситуація, та варіант рішення, який клієнт через певні обставини не приймав до уваги. Завдання терапевта показати можливі варіанти, чи зробити так, щоб сам клієнт усвідомив це різномайття.
9. Релаксація (м'язове розслаблення) - знімає напругу. Одним із варіантів є релаксація за методом Джекобсона.
10. Мовні заміни - «Замініть слово не можу на не хочу». Коли людина каже : «Я повинна», то відповідальність переходить на деякі зовнішні фактори, коли каже «я хочу» - відповідальність переноситься на саму людину.
11. Емоційна повинь - прийняття почуттів, «Поверніться до цього почуття, залишіться з ним, прийміть його повністю». Більш агресивним варіантом цієї техніки є занурення клієнта у ситуацію яка найбільш жахає. Така техніка може використовуватися при роботі з фобіями, але підходить не для всіх клієнтів через вимоги до соматичного стану особи, яка може фізично не витримати такого стресу.
12. Медитація - концентрація уваги на тілі, відчуттях, почуттях. Може мати певну тематику чи бути вільною.
13. Домашні завдання - закріплюють нові навички і форми поведінки, змінюють структуру сім'ї. Результати обговорюються на подальших зустрічах з психотерапевтом
14. Робота зі сновидіннями - діагностика несвідомого матеріалу. Має особливості в залежності від напрямку психотерапії, але в більшості з них сновидінням приділяється багато уваги.
15. Тілесні техніки - робота з тілом і диханням. Також має специфіку в залежності від психотерапевтичного підходу, а в деяких напрямках повністю відсутня в психотерапії.
16. Робота з образами та символами - робота з почуттями та емоціями. Створення метафор - побудова моделі подій і явищ. З побудованої моделлю можливе маніпулювання. Метафора робить прихований сенс доступним і зрозумілим, надовго запам'ятовується. При роботі з метафорою унеможлиблюється контроль свідомістю і раціоналізація. Важливим є підбір метафори, яка відповідає сприйняттю клієнта, для того щоб він міг ідентифікуватися з нею.
17. [Інтерпретація](#) - розкриває сенс, прихований за словами і поведінкою, встановлює зв'язок між переживаннями і поведінкою, між реакціями, між минулим і сьогоденням. Використовуються для розкриття проблеми. Клієнт повинен бути готовий їх прийняти, їх не повинно бути багато, вони не повинні бути категоричними, лише як припущення.
18. Зворотній зв'язок - терапевт або група діляться своїми почуттями. Такий прийом може бути дуже ефективним, завдяки емпатії і прийняттю, які проявляються в зворотному зв'язку.
19. Активація несвідомих процесів. Для цього використовується багато засобів, таких як робота із сновидіннями, аналіз асоціацій, техніки спрямованої уваги, робота з тілесними симптомами тощо.
20. Катартисні техніки - знімають емоційне напруження, дають енергію для інсайту, але не призводять до нього безпосередньо. Але емоційна разрядка сама по собі теж має цінність, особливо якщо емоція була довгий час заблокована і тільки в психотерапевтичному сеансі знайшла реалізацію.
21. Робота з переносом і опором. В деяких напрямках (наприклад, психодинамічних) є центральним моментом усього психотерапевтичного процесу. Слід зазначити, що існують деякі форми переносу, які унеможливають подальшу терапію.

22. Сугестивні техніки - гіпноз, навіювання, аутотренінг. Відрізняються некритичним ставленням клієнта до впливу терапевта, впливають на несвідоме. Довгі роки були популярними в вітчизняній психотерапії.

23. Ігрові техніки. Спрямовні на зняття напруги, емоційний «розігрів», пошук нових поведінкових варіантів. Може використовуватися для дослідження патернів поведінків.

24. Проективні техніки. Дозволяють подолати опір, розповісти від імені персонажів, символів, образів найболючіші проблеми, та навіть знайти засоби її вирішення. Використовується як для дітей, так і для дорослих. Цікаво, що на початку роботи клієнт не усвідомлює, що відбувається проекція своїх почуттів і думок на нейтральний образ.

## **6. 3. Трансформаційні техніки (уміння).**

### *3. Трансформаційні техніки (уміння).*

1. Інсайт - осяяння, новий погляд на ситуацію, призводить до особистісних змін. Супроводжується яскравою емоційною реакцією і зміною світосприйняття. Види інсайту: Інтелектуальні та емоційний. До інсайту призводять вивільнена в процесі опрацювання травм та конфліктів енергія, високий рівень внутрішньої напруги, попадання в ядро ідентичності шляхом логічного аналізу.

2. Сократичний діалог - викриття помилкових ідей шляхом побудови комунікації таким чином, щоб клієнт сам прийняв потрібне рішення. Техніки: терапевт погоджується з думкою клієнта і доводить його до абсурду, виведення третє рішення після аналізу двох протилежних.

3. Актуалізація внутрішніх ресурсів клієнта - це стан в якому людина бачить кілька шляхів вирішення проблеми. Ресурси бувають зовнішні (інші люди, гроші, влада, інформація і т. д.) і внутрішні: досвід і пам'ять, здібності, сильні сторони та якості, гумор, захоплення та хобі. Головний ресурс - унікальність людини.

4. Рефреймінг (переконання) - зміна емоційного ставлення до проблеми в зв'язку з новим її тлумаченням. Сама проблема не зникає, її зміст не змінюється, змінюється ставлення до неї. Базова ідея рефреймінга - все в світі відносно, немає нічого поганого, нічого хорошого, все нейтрально. Погляд на ситуацію з іншого боку - рефреймінг контексту, ця ситуація означає інше. Рефреймінг змісту - знайти хороше в поганому, зміна оцінки.

5. Трансформація емоційних реакцій - реакції необхідні в сьогоднішні, хворобливі реакції в основному спрямовані або в минуле, або в майбутнє, в цьому їх неадекватність. Відсторонення від хворобливих емоцій відбувається в той момент, коли клієнт перемикається з процесу продукування емоцій на процес їх спостереження. Гештальт - терапія виділяє 4 рівні прояву емоцій: заблокований, заборонений, ексгібіціоністські, спонтанний.

6. Мова тіла - тіло повідомляє про внутрішні зміни клієнта. Виникають граціозність, спонтанність, свобода рухів, нові пози і міміка. Важливо, що успішна психотерапія змінює не тільки внутрішній світ особистості і її поведінку, зміни торкаються також і зовнішності, рухів, особливостей мови та тембру голосу.

7. Усвідомлення - основа для формування мотивації змін, підключення вольової сфери. Тільки усвідомлені переживання, почуття і відчуття тіла стають досвідом і ведуть до змін. Усвідомлення звільняє від ілюзій. Усвідомлення базується на почуттях і переживаннях, а проявляється через інтелект. Бути свідомим - бути в гармонії з існуванням, бути тут і зараз, бути залученим в життя.

8. Дисоціація - відсторонення від своїх думок, емоцій, станів, перехід в стан спостерігача. Погляд на життя нейтральний, неупереджений, об'єктивний.

## Хід нормальних реакцій горя

1. Гостре горе - це певний синдром з психологічної та соматичної симптоматикою.
2. Цей синдром може виникати відразу ж після кризи, він може бути відстроченим, може явно не виявлятися або, навпаки, проявлятися в надмірно підкресленому вигляді.
3. Замість типового синдрому можуть спостерігатися спотворені картини, кожна з яких представляє якийсь особливий аспект синдрому горя.
4. Ці спотворені картини відповідними методами можуть бути трансформовані в нормальну реакцію горя, що супроводжується дозволом.

### Симптоматологія нормального горя

Картина гострого горя дуже схожа у різних людей. Загальним для всіх є такий синдром: періодичні напади фізичного страждання, що тривають від двадцяти хвилин до однієї години, спазми в горлі, напади задухи з прискореним диханням, постійна потреба зітхнути, відчуття порожнечі в животі, втрата м'язової сили та інтенсивне суб'єктивне страждання, що описується як напруга або душевний біль. 1. постійні зітхання; це порушення дихання особливо помітно, коли хворий говорить про своє горе,

2. загальні для всіх хворих скарги на втрату сили і виснаження: "майже неможливо піднятися по сходах", "все, що я піднімаю, здається таким важким", "від найменших зусиллі я відчуваю повне знемога" ...

3. відсутність апетиту.

Спостерігаються деякі зміни свідомості. Спільним є легке відчуття нереальності того, що, відчуття збільшення емоційної дистанції, яка відділяє пацієнта від інших людей (іноді вони виглядають примарно або здаються маленькими), і сильна захопленість образом померлого. Деяких людей дуже турбують такий прояв їх реакції горя: їм здається, що вони починають сходити з розуму. Багатьох пацієнтів охоплює почуття провини. Людина, якого спіткала втрата, намагається відшукати в подіях, що передували смерті, докази того, що він не зробив для померлого того, що міг. Він звинувачує себе в неувважності і перебільшує значення своїх найменших помилок. Крім того, у людини, що втратив близького, часто спостерігається втрата теплоти у відносинах з іншими людьми, тенденція розмовляти з ними з роздратуванням і злістю, бажання, щоб його взагалі не турбували, причому все це зберігається, незважаючи на посилені старання друзів і рідних підтримати з ним дружні стосунки. Ці почуття ворожості, дивні та незрозумілі для самих людей, дуже турбують їх і приймаються за ознаки наступаючого божевілля. Людина намагається стримати свою ворожість, і в результаті у них часто виробляється штучна, натягнута манера спілкування. Помітні зміни зазнає також повсякденна діяльність людини, що переживає важку втрату. Ці зміни полягають не в затримці дій або мови, навпаки, у мові з'являється квапливість, особливо коли розмова стосується померлого. Пацієнт непосидючі, здійснюють безцільні рухи, постійно шукають собі якусь заняття, і в той же час - болісно нездатні починати і підтримувати організовану діяльність. Все робиться без інтересу. Хворий чіпляється за коло повсякденних справ, проте вони виконуються їм не автоматично, як зазвичай, а з зусиллям, як якби кожна операція перетворювалася в особливе завдання. Він дивується тому, наскільки, виявляється, всі ці самі звичайні справи були пов'язані для нього з померлим і втратили тепер свій сенс. Особливо це стосується навичок спілкування (прийом друзів, вміння підтримати бесіду, участь в спільних підприємствах), втрата яких веде до великої залежності скорботного від людини, який стимулює його до активності.

Саме, ці ознаки представляються патогномічними для горя. Можна, втім, вказати ще на шосту характеристику, яка виявляється у пацієнтів, що знаходяться на кордоні патологічного реагування, яка не впадає в очі, як попередні, але, тим не менш, досить виражена, щоб забарвити всю картину в цілому. Вона полягає в появі у людини рис померлого, особливо симптомів його останнього захворювання або манери його поведінки в момент трагедії. Син виявляє, що хода в нього стала, як у померлого батька. Він дивиться в дзеркало, і йому здається, що він виглядає точно так само, як померлий. Інтереси хворого можуть зміститися в

сторону останньої діяльності померлого, і в результаті він може присвятити себе справі, нічого спільного не має з його попередніми заняттями. Систематичне спостереження за переживають гостре горе показує, що описана вище хвороблива занепокоєність образом померлого трансформується у них в захопленому симптомами і особистісними рисами втраченої людини, тепер локалізованими в результаті ідентифікації в їх власних тілах і справах.

### **Хід нормальних реакцій горя**

Тривалість реакції горя, очевидно, визначається тим, наскільки успішно індивід здійснює роботу горя, а саме виходить із станів крайньої залежності від померлого, знову пристосовується до навколишнього, в якому втраченого особи більше немає, і формує нові відносини. Одне з найбільших перешкод в цій роботі полягає в тому, що багато людей намагаються уникнути сильного страждання, пов'язаного з переживанням горя, і ухилитися від вираження емоцій, необхідного для цього переживання.

Людина повинна прийняти необхідність переживання горя, і тільки тоді він буде здатний змиритися з болем тяжкої втрати. Іноді він проявляє вороже ставлення до фахівця, не бажаючи нічого чути про померлого і досить грубо обриваючи питання. Але в кінцевому підсумку вирішуються прийняти процес горя і віддаються спогадам про померлого. Після цього спостерігається швидкий спад напруги, зустрічі з психіатром чи психологом перетворюються в досить жваві бесіди, в яких образ померлого ідеалізується і відбувається переоцінка побоювань щодо майбутнього пристосування.

### **Хворобливі реакції горя**

Хворобливі реакції горя є спотвореннями нормального горя. Трансформуючись в нормальні реакції, вони знаходять свій дозвіл.

а) Тайм-аут. Якщо важка втрата застає людини під час вирішення якихось дуже важливих проблем або якщо це необхідно для моральної підтримки інших, він може майже або зовсім не виявити свого горя протягом тижня і навіть значно довше. Іноді ця відстрочка може тривати роки, про що свідчать випадки, коли пацієнтів, які нещодавно перенесли важку втрату, охоплює горе про людей, які померли багато років тому.

б) Спотворені реакції. Відстрочені реакції можуть початися після деякого інтервалу, під час якого не відзначається ніякого аномального поведінки або страждання, але в якому розвиваються певні зміни поведінки пацієнта, зазвичай не настільки серйозні, щоб служити приводом для звернення до психолога, психіатра. Ці зміни можуть розглядатися як поверхневі прояви невирішеної реакції горя. Можна виділити наступні види таких змін: 1) підвищена активність без почуття втрати, а скоріше з відчуттям гарного самопочуття і смаку до життя; вживаються людиною діяльність носить експансивний і авантюрний характер, наближаючись з вигляду до занять, яким свого часу присвячував себе померлий; 2) поява у людини симптомів останнього захворювання померлого. Від такого роду формування симптомів «за допомогою ідентифікації», які можуть розглядатися як результат істеричної конверсії, необхідно відрізнити інший тип розладів, безсумнівно, представляють, а саме ряд психосоматичних станів, до яких відносяться в першу чергу виразкові коліти, ревматичні артрити і астма. Лікування колітів, наприклад, помітно поліпшувалося після того, як реакція горя отримала свій дозвіл у ході психіатричного впливу. Зміни у відносинах до друзів і родичів; людина роздратована, не бажає, щоб його турбували, уникає колишнього спілкування, побоюється, що може викликати ворожість своїх друзів своїм критичним ставленням і втратою інтересу до них, розвивається соціальна ізоляція, і йому, щоб відновити свої соціальні відносини, потрібна серйозна підтримка. Хоча ворожість людини поширюється на всі відносини, може також мати місце особливо нещадна ворожість проти певних осіб; часто вона направляє на лікаря, психолога, який запекло звинувачується у зневажливе ставлення до своїх обов'язків. Такі люди, незважаючи на те, що вони багато говорять про свої підозри і різко висловлюють свої почуття, на відміну від параноїдних суб'єктів, майже ніколи не вживають ніяких дій проти обвинувачених. Багато, усвідомлюючи, що розвинулась у них після втрати близької почуття ворожості абсолютно безглуздо і дуже псує їх характер, посилено борються проти цього почуття і приховують його наскільки можливо. У деяких з них, які зуміли приховати ворожість, почуття стають як би

«задерев'янілими», а поведінку - формальним, що нагадує картину шизофренії. Особа людини може нагадувати маску, роботоподібні рухи, без будь-якої емоційної виразності. Людина не може зважитися на якусь діяльність, пристрасно прагнучи до активності, він так і не почне нічого робити, якщо хто-небудь не підстьобне його. Втрачена рішучість і ініціатива. Для людини доступна тільки спільна діяльність, один він діяти не може. Ніщо, як йому здається, не обіцяє нагороди, робляться лише звичайні повсякденні справи, причому шаблонно і буквально по кроках, кожен з яких вимагає від людини великих зусиль і позбавлений для нього якого б то не було інтересу. Такі люди з недоречною щедрістю роздаровують своє майно, легко пускаються в необдумані фінансові авантюри, роблять серію дурниць і виявляються в результаті без родини, друзів, соціального статусу або грошей. Це розтягнуте самопокарання не пов'язане, здається, з усвідомленням будь-якого особливого почуття провини. Це, врешті-решт, призводить до такої реакції горя, яка приймає форму ажитованої депресії з напругою, збудженням, безсонням, з почуттям малоцінності, жорсткими самозвинувачення і явною потребою в покаранні. Такі люди можуть здійснювати спроби самогубства.

## 2. Особливості консультування осіб, які пережили горе

Йдеться про вивчення психологічних наслідків переживання людьми ситуацій, з якими людство стикається впродовж всієї історії свого існування. До травм, які можуть викликати стан гострого горя, ми відносимо:

- смерть одного з батьків або обох (особливо гостро переживаються раптова чи насильницька смерть, суїциди);
- смерть одного з подружжя, членів сім'ї;
- аварії або катастрофи;
- розлучення;
- втрата відносин (в т.ч. дружніх уподобань), сварка з близьким другом;
- загибель домашньої тварини;
- зрада, зрада;
- втрата невинності (сексуальне насильство, абьюзи);
- події в країні і за кордоном (створюють відчуття нестабільності, порушують стан базової безпеки).

В останні роки з'явилася велика кількість осіб, які потребують надання кваліфікованої психологічної допомоги, тому ця тема, на жаль, зараз актуальна. Пов'язано це з різко збільшеною інтенсивністю чинників середовища життєдіяльності людини, які одержують характер стресових впливів і вимагають від людини значного адаптаційного напруги.

## 3. Класичні підходи до процесу втрати і горя

Психоаналітична теорія.

Звернемося до спроби З. Фрейда пояснити механізми роботи печалі. «... Улюбленого об'єкта більше не існує, і реальність підказує вимога забрати все лібідо, пов'язане з цим об'єктом ... Але вимога її не може бути негайно виконана. Воно виконується частково, при великій витраті



часу і енергії, а до того загублений об'єкт продовжує існувати психічно. Кожне зі спогадів і очікувань, в яких лібідо було пов'язано з об'єктом, припиняється, набуває підвищену активну силу, і на ньому відбувається звільнення лібідо »[31, с. 205]. Отже, Фрейд зупинився перед поясненням феномена болю, та й що стосується самого гіпотетичного механізму роботи печалі, то він вказав неправдиві на спосіб його здійснення, а на «матеріал», на якому робота проводиться, - це «спогади і очікування», які «припиняються »і« набувають підвищену активну силу ».

«Далі не представляється важким реконструювати цей процес. Спочатку мав місце вибір об'єкта, прихильність лібідо до певної особи; під впливом реального засмучення або з боку коханої особи настало потрясіння цієї прихильності до об'єкта. Наслідком цього було нормальне відібрання лібідо від цього об'єкта і [перенесення](#) його на новий, а інший процес, для появи якого, мабуть, необхідні багато умови. Прихильність до об'єкта виявилася малостійкою, вона була знищена, але вільне лібідо не було перенесено на інший об'єкт, а повернуто до «я». Однак тут воно не знайшло якого-небудь застосування, а послужний тільки до ідентифікації (ототожнення) «я» з залишеним об'єктом. Тінь об'єкта впала, таким чином, на «я», яке в цьому випадку розглядається згаданою особливу інстанцією так само, як залишений об'єкт. Таким чином, втрата об'єкта перетворилася в втрату «я», і конфлікт між «я» і коханим обличчям перетворився в зіткнення між критикою «я» і самим зміненням, завдяки ототожнення, «я» [31].

Таким чином, втрата значимого об'єкта постійно активізує в людині різного роду внутрішні спроби чинити опір реальності втрати або шляхом її заперечення, або шляхом заміщення об'єкта втрати новим об'єктом, або спробою зберегти його за допомогою різних форм інтерналізації. Кінцевий результат буде залежати від природи відносин до втраченого об'єкту, а також від форм інтерналізації або інших раніше використовувалися механізмів і від того, наскільки успішним було їх використання.

З моменту виходу роботи Фрейда «Сум і меланхолія» (1917) траур і депресія вважаються двома головними альтернативами людського способу впоратися з втратою значущих об'єктів. Іншими запропонованими і описаними в якості головних альтернативами були заперечення втрати або її значення з ідеалізацією втраченого об'єкта або без такої, швидка заміна його новим об'єктом, патологічна печаль по «пов'язаним» з ним об'єктам або ідей, розвиток соматичного або психосоматичного захворювання, а також пристрасть до алкоголю, наркотиків або переїдання [28]. Згідно із загальноприйнятою думкою, чим більшою мірою інфантильно, залежно та амбівалентне ставлення суб'єкта до втраченого об'єкту, тим більша ймовірність того, що замість більш-менш нормального процесу жалоби (mourning process) його реакцією на втрату буде одна або відразу кілька патологічних альтернатив.

Можна сказати, що починаючи зі статті Фрейда «Сум і меланхолія», з'являється поняття горя як відібрання лібідо від об'єкта: психічна енергія зосереджується на кохану людину, і коли він вмирає, цю енергію треба відірвати від померлої людини і передати її іншим об'єктам. " З очей геть з серця геть". Завдання печалі - забування. Померлий чоловік повинен бути забутий заради тих, хто живе. У цьому полягає логіка Фрейда.

Наступним фундаментальним за значенням напрямом ми вважаємо екзистенційний підхід, представниками якого є такі зарубіжні дослідники як І. Ялом, А. Ленглі, В. Франкл та ін.

### **Екзистенційний підхід.**

Віктор Франкл, творець логотерапії, вважає, що людина при зіткненні з безвихідною і невідворотною ситуацією, коли він стає перед обличчям долі, яка ніяк не може бути змінена, має можливість актуалізувати свою найвищу цінність, здійснити глибокий сенс, сенс страждання.

Страждаючи від будь-якого життєвого обставини, ми внутрішньо відвертаємося від нього, створюємо дистанцію між своєю особистістю і цією обставиною. Поки ми страждаємо від стану, якого не повинно бути, ми знаходимося в напрузі між фактичним буттям, з одного боку, і буттям, яке повинно бути, - з іншого. Страждання створює, отже, плідну напругу, змушуючи людину відчувати те, чого не повинно бути як такого. «У тій мірі, в якій він ідентифікує себе з даними, він наближається до даного і відключає напругу між буттям і яке повинне буттям. Так відкривається в емоціях людини глибока мудрість, яка важливіше будь-якої раціональності і навіть суперечить раціональній корисності ».

На думку В. Франкла, печаль і каяття мають глибокий сенс для внутрішнього життя людини. «Печаль про людину, яку ми любили і втратили, дозволяє сумуючим якось жити далі, а розкаяння винного дозволяє йому звільнитися від провини і цим в якійсь мірі спокутувати її. Предмет нашої любові або печалі, який об'єктивно, в емпіричному часу, пропав, суб'єктивно, у внутрішньому часу, зберігається: печаль залишає його в сьогоденні».

На біологічному рівні біль вважається пильним сторожем. В області душевно-духовного вона виконує аналогічну функцію. Те, від чого страждання має вберегти людину, - це апатія, душевна млявість. «Поки ми страждаємо, ми залишаємося душевно живими. У стражданні ми навіть зріємо, зростаємо в ньому - воно робить нас багатшими і сильнішими». Людина, яка намагається відволіктися від нещастя або оглушити себе, не вирішує проблеми, не усуває нещастя зі світу; то, що він усуває зі світу, - це скоріше лише наслідок нещастя, лише стан незадоволення. В. Франкл вважає, що принцип задоволення тут є лише штучної психологічної конструкцією, а не феноменологічним фактом; людина в дійсності завжди прагне бути душевно «живим», відчуваючи радість чи смуток, а не занурюватися в апатію. Парадоксальність того, що страждає меланхолією і сумом, які роблять його емоційно холодним і внутрішньо омертвілим, страждає від нездатності до страждання, є, отже, лише психопатологічної парадоксальністю; в екзистенціальному аналізі страждання постає як складова частина життя, як її невід'ємна частина. «Лише під важкими ударами долі і в горнилі страждань життя набуває форму і образ».

Отже, сенс долі, яку людині судилося вистраждати, полягає, по-перше, в тому, щоб знайти свій образ, і, по-друге, в тому, щоб бути прийнятою як даність, якщо це необхідно. Екзистенційний аналіз, таким чином, допомагає людині змінити звичний підхід до страждання як до негативу на більш глибокий погляд - розкрити глибинні пласти особистості, відкрити двері в область духовного і стати здатним страждати. Тобто існують ситуації, при яких людина може реалізуватися лише шляхом справжнього страждання і лише в ньому. Франкл цитує Ніцше: «Той, кому є для чого жити, може перенести майже будь-як».

Наступну концепцію з вивчення феномена горя представляє гештальттерапія.

### **Гештальттерапія.**

Значний інтерес викликає гештальттерапія Перлза, в рамках якої в психотерапію увійшов фундаментальний принцип «тут і зараз». Перлз, відповідаючи на питання, чим визначається поведінка людини, вибирає сьогодення і вважає, що працювати можна лише з живими емоціями. Минулий досвід може грати як конструктивну, так і деструктивну роль. Сприйняття минулого опосередковується емоційними проблемами сьогодення. Якщо людина прагне уникати травматичних подій, він не здатний перебувати «тут і тепер». Наявність невиражених почуттів перешкоджає істинному існуванню людини «тут і зараз». Тому процес проживання дуже важливий. Один із способів досягнення цього - вираз людиною в фантазії / діалозі своїх почуттів до того, хто пішов.

Горе - складний процес, воно вбирає в себе такі емоції, як любов, злість, фрустрацію, страх і самотність. Горе катарсисне і терапевтичне, так як в процесі роботи з ним біль іде і людина відшукує ресурси для відновлення.

Усвідомлення - основа терапевтичного гештальт методу. Воно передбачає зосередження на пережитому зараз. Безпосереднє переживання є цілющим, так як створює умови зняття накладеного в минулому заборони на переживання клієнтом почуттів, «закінчення минулих ситуацій» - освіту гештальта.

Один із прийомів в роботі з горем - потурбуватися клієнта його «підвішеним станом». Зазвичай воно добре проявляється в тому, що клієнт говорить, в його тілесних рухах або в різних ідентифікації з минулим людиною.

Таким чином, вільно поточний процес усвідомлення, з позицій гештальттерапії, є критерієм здоров'я, оскільки, усвідомлюючи свої потреби і, оперуючи ними, особистість вдосконалюється. Це стосовно, на нашу думку, до процесу визнання факту втрати на початковій стадії втрати. Гештальттерапія в змозі допомогти людині стикнутися з власними почуттями, наприклад, при використанні техніки «гарячого стільця», на якому знаходиться об'єкт втрати, а також надати підтримку в завершенні процесу бідкання.

Наступна розглянута нами концепція - це дослідження феноменів горя з точки зору німецько-американського вченого Е. Ліндеманна, яке незначно відрізняється від вищевикладених поглядів на проблему

## 4. Концепція Еріха Ліндеманна

Е. Ліндеманн в своїй роботі виділяє основні положення:

- Гостре горе - це певний синдром з психологічної та соматичної симптоматикою.
- Цей синдром може виникати відразу ж після кризи, він може бути відстроченим, може явно не виявлятися або, навпаки, проявлятися в надмірно підкресленому вигляді.
- Замість типового синдрому можуть спостерігатися спотворені картини, кожна з яких представляє якийсь особливий аспект синдрому горя.
- Ці спотворені картини відповідними методами можуть бути трансформовані в нормальну реакцію горя, що супроводжується дозволом [17].

Також Е. Ліндеманн виділяє 5 ознак, які є патогномическими для горя:

- Фізичне страждання
- Поглиненої чином померлого
- вина
- Ворожі реакції
- Втрата моделей поведінки

Можна, втім, вказати ще на шосту характеристику, яка виявляється у пацієнтів, що знаходяться на кордоні патологічного реагування, яка не впадає в очі, як попередні, але, тим не менш, досить виражена, щоб забарвити всю картину в цілому. Вона полягає в появі у пацієнтів рис померлого, особливо симптомів його останнього захворювання або манери його поведінки в момент трагедії. Син виявляє, що хода в нього стала, як у померлого батька. Він дивиться в дзеркало, і йому здається, що він виглядає точно так само, як померлий. Така поглиненої чином померлого трансформується у них в захопленому симптомами і особистісними рисами втраченого людини, тепер локалізованими в результаті ідентифікації в їх власних тілах і справах [17].

У дослідженнях, проведених Е. Ліндеманном, розділяється протягом реакцій горя на нормальні і хворобливі, які, в свою чергу, діляться на відстрочені і перекручені реакції.

Хворобливі реакції горя є спотвореннями нормального горя. Трансформуючись в нормальні реакції, вони знаходять своє дозвіл. Якщо важка втрата застає людини під час вирішення якихось дуже важливих проблем або якщо це необхідно для моральної підтримки інших, він може майже або зовсім не виявити свого горя протягом тижня і навіть значно довше. Відстрочені реакції можуть початися після деякого інтервалу, під час якого не відзначається ніякого аномального поведінки або страждання, але в якому розвиваються певні зміни поведінки пацієнта, зазвичай не настільки серйозні, щоб служити приводом для звернення за допомогою. Ці зміни можуть розглядатися як поверхневі прояви нерозрешившої реакції горя. Е.Ліндеманн виділяє наступні види таких змін:

- підвищена активність без почуття втрати
- поява у пацієнта симптомів останнього захворювання померлого
- виникнення певного захворювання, а саме ряду психосоматичних станів
- зміни у відносинах до друзів і родичів
- люта ворожість проти певних осіб
- втрата форм соціальної активності
- збитки власному економічному та соціальному положенню пацієнта

- розвиток ажитированной депресії

Спостереження Е. Ліндеманна показують, що в певних межах тип і гострота реакції горя можуть бути передбачені. У пацієнтів, схильних до нав'язливих станів чи страждали раніше від депресії, найімовірніше, розвинеться ажитована депресія. Гострою реакції слід чекати у матері, яка втратила маленької дитини. Найбільш явні форми хворобливої ідентифікації були виявлені в осіб, які не схильні до невротичних реакцій.

На думку Е.Ліндеманна, тривалість реакції горя, очевидно, визначається тим, наскільки успішно індивід здійснює роботу горя, а саме виходить із станів крайньої залежності від померлого, знову пристосовується до навколишнього, в якому втраченого особи більше немає, і формує нові відносини. Таку ж точку зору ми знаходимо і в роботі В.Ю.Сидорової [26], яка посилається на концепцію закордонного ученого Д.В.Вордена і вважає її найбільш продуктивною при роботі з клієнтом.

## **5. Концепція Д.В.Вордена в консультуванні клієнтів, які переживають горе.**

Останнім часом широкого поширення набув новий погляд на роботу з клієнтом у горі, запропонований Дж. Вільямом Ворденом в своїй книзі «Консультування і терапія горя» на прикладі реакції на смерть близької людини. Його концепція досить докладно викладена в роботі В.Ю. Сидорової «Чотири завдання горя» [26], де вона провела короткий виклад чотирьох завдань, які має вирішити людині. Концепція зручна для роботи з актуальним горем, а також якщо доводиться мати справу з горем, що не пережитим багато років тому і що розкрили під час терапії, розпочатої за зовсім іншим запитом.

Д.В. Ворден запропонував варіант опису реакції горя не за стадіями або фазами, а через чотири завдання, які повинні бути виконані людиною при нормальному перебігу горя. Д.В. Ворден вважає цей підхід найбільш зручним для клініцистів і найбільш близьким до теорії Фрейда про роботу горя.

Д.В. Ворден вважає, що хоча форми течії горя та їх прояви дуже індивідуальні, будь-яка реакція втрати буде завжди розвиватися подібним чином за змістом, відрізняється лише тривалість і інтенсивність; незмінність змісту процесу дозволяє виділити ті універсальні кроки, які повинна зробити людина, щоб повернутися до нормального життя, і на виконання яких повинно бути направлено увагу терапевта. Завдання горя незмінні, оскільки обумовлені самим процесом, а форми і способи їх вирішення індивідуальні і залежать від особистісних і соціальних особливостей людини. Чотири завдання горя вирішуються суб'єктом послідовно. Вважається, що це зручно для діагностики, так як зрозуміти, на думку Д.В. Ворд, яка психологічна задача вирішена, а яка - ні, набагато простіше, ніж визначити погано виражену стадію горя. Оскільки зрозуміло, що є рішення даної задачі, буде ясно, куди повинен бути направлений психотерапевтичний процес.

Отже, відбулася втрата, перше завдання для людини - це визнання факту втрати. Як тільки людина визнає для себе реальність втрати, вважається, що він виконав це завдання і переходить до вирішення другої, яка полягає в тому, щоб пережити біль втрати. Мається на увазі, що потрібно пережити всі складні почуття, які супроводжують втрату.

Якщо людина не може відчувати і прожити біль втрати, яка є абсолютно завжди, вона повинна бути виявлена і опрацьована за допомогою терапевта, інакше біль проявить себе в інших формах, наприклад, через психосоматику або розлади поведінки. Реакції болю індивідуальні і не всі відчувають біль однакової сили. Також біль втрати відчувається не завжди, іноді втрата переживається як апатія, відсутність почуттів, але вона повинна обов'язково бути опрацьована.

Наступне завдання, з якою повинна впоратися людина, це налагодження оточення, де відчувається відсутність об'єкта втрати. Коли людина втрачає близького, він втрачає не тільки об'єкт, якому адресовані почуття і від якого почуття виходять, він позбавляється певного

укладу життя, поведінки, виконання якихось ролей і обов'язків. Ця порожнеча повинна бути заповнена і життя організована на новий лад.

Остання, четверта задача - це вибудувати нове ставлення до об'єкта втрати і продовжувати жити. Вирішення цього завдання передбачає ні забуття, ні відсутності емоцій, а тільки їх перебудову.

Ознакою того, що це завдання не вирішується, горе не стихає і не завершується період жалоби, на думку Д.В. Вордена, часто буває відчуття, що «життя стоїть на місці», наростає занепокоєння. Завершенням виконання цього завдання можна вважати виникнення відчуття, що можна любити іншу людину, хоча любов до померлого чоловіка, наприклад, не стала від цього менше.

З точки зору Д.В. Вордена, втрату можна вважати завершеною за умови, що людина, яка пережила втрату, зробить все чотири кроки, вирішить всі чотири завдання горя. Ознакою цього вважається здатність направляти більшу частину почуттів не об'єкту втрати, а іншим людям. Робота горя завершена, коли горюючій знову здатний вести нормальне життя, відчувати себе адаптованим, проявляти інтерес до життя.

Переглянувши всі напрямки по вивченню феномена і процесу горя і на основі вищевикладеного літературного аналізу, можна виділити і детально розглянути особливості фаз горя, що становлять основу загальноприйнятої класифікації по роботі з горем, на яку спираються багато авторів, які займаються цією проблемою.

## РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЇ

### Тема 4. Теоретичні основи групової психотерапії та психокорекції.

# 1. 1. Поняття та етапи розвитку групової психотерапії.

1. *Групова психотерапія* - психотерапевтичний метод, який цілеспрямовано використовує групову динаміку в лікувальних цілях. *Групова динаміка* - сукупність взаємовідносин і взаємодій, що виникають між членами групи, включаючи групового психотерапевта.

У якості самостійного методу *групова психотерапія* виступає в тому сенсі, що розглядає клієнта в соціально - психологічному плані, в контексті його взаємин і взаємодій з іншими людьми, фокусуючись при цьому не тільки на індивідуальній проблематиці людини, а й на сукупності його реальних взаємин з навколишнім світом. Група виступає моделлю реального світу, де її учасники проявляють ті ж емоційні реакції, моделі поведінки, конфлікти, відносини, установки, що і в житті.

*Історія розвитку групової психотерапії.*

2. *Попередники:* (Арістотель, Фридрих Месмер, Густав Лебон, Вільям Мак - Дугалл, З. Фрейд). Арістотель називав людину «суспільною твариною» і розглядав його потреба в спілкуванні з собі подібними як джерело його сили.

Попередником групової психотерапії можна вважати Фрідріха Антона Месмера (нім. Friedrich Anton Mesmer; Франц Месмер; народився 23 травня 1734-помер 5 березня 1815) Фрідріх Антон Месмер - народився в Швабії, єврейський австрійський лікар, творець вчення про «тваринний магнетизм» («месмеризм»). У 1776 році прийшов до висновку, що магнітотерапія сприятливо діє на пацієнта, але не завдяки самому магніту, а в результаті дії таємничої сили - флюїду, що виходить від магнетизера. Ця сила, названа ним «тваринним магнетизмом», може накопичуватися і передаватися іншим з метою усунення хвороб. Під впливом цих ідей Месмер розробив психотерапевтичний прийом лікування, який був названий ним «Бакеу» (від фр. Baque - чан). Суть його в тому, що кілька пацієнтів розташовується навколо дерев'яного чана з водою, в кришку якого через спеціальні отвори вставлені намагнічені залізні стрижні. В умовах групового сеансу пацієнти торкалися до них і один до одного, створюючи ланцюг, за якою «циркулював флюїд». Магнетизер при цьому повинен був торкнутися чана, передаючи через нього цілющу енергію всім пацієнтам одночасно. Месмер вважав, що в стані магнетичного сну або трансу деякі люди можуть передбачати майбутнє і прозрівати далеке минуле, здатні бачити внутрішні органи свої та інших людей, розпізнавати хвороби, визначати засоби лікування і т. п. При цьому механізм лікування мав, на його думку, суто фізіологічне, але не психологічний зміст. Він ввів термін «раппорт», що означає фізичний контакт, завдяки якому відбувалася передача «флюїду». Вважається, що одним з механізмів, завдяки якому Месмер все ж добивався успіху в лікуванні своїх пацієнтів, якраз і полягав в ефекті їх групової взаємодії.

Наукові дослідження впливу групи на людину почалися в рамках соціальної психології з 1895 р.. коли французький соціальний психолог Густав Лебон ввів поняття «групової свідомості». У ті часи досліджувалися великі групи людей і психологія натовпу. Люди, стаючи частиною натовпу, починають відчувати на собі її гіпноітичний вплив: їх поведінка під вплив групової свідомості стає ірраціональним, інстинктивним, некерованим, непередбачуваним і агресивним. У натовпі розум, контроль, воля і людські функції слабшають, поведінка стає несвідомим, регресує, примітивним, нецивілізованим, жорстоким і варварським.

Г. Лебон пов'язував ці явища з трьома факторами: у групі люди починають відчувати свою силу і непереможність, у групі відбувається ефект емоційного зараження, в групі людина стає особливо вселяється.

Англійський психолог Вільям Мак - Дугалл в 1920 р. опублікував роботу «Групова свідомість», в якій прийшов до тих самих висновків, що і Г. Лебон, що в групі людина виявляє крайню збудливість, імпульсивність, грубі пристрасті, відсутність відповідальності та самоповаги. Але разом з тим, вказав на позитивні моменти групового впливу: групу можна організувати (організація групи може служити протидією деградації), для цього вона повинна мати ясні спільні цілі і завдання.

З. Фрейд цікавив вплив групи на поведінку індивіда. У 20-ті роки ХХ ст. він звернувся до питань соціальної психології в роботах «Тотем і табу», «Масова психологія і аналіз людського Я». Він вважав, що всі соціальні зв'язки включають в себе елемент еротики, невротизму - притулок в якому людина ховається від суспільства, а соціальні вимоги безпосередньо впливають на виникнення невротизму. Соціальні відносини людини за своєю природою - прообраз едіпального конфлікту, а у всіх людей є вроджене «стадне почуття». З. Фрейд розглядав дві штучно створені маси людей: церкву і армію, де є володар з необмеженою владою і люблячий рівною любов'ю всіх членів групи. Саме ілюзія цієї любові з'єднує людей в групу. Група за своєю природою надзвичайно довірлива, схильна до різних крайнощів, не має критичними здібностями, схильна до впливу, поважає силу, доброту розглядає як слабкість, бажає бути керованою і примушує сильною особистістю, перед якою хоче відчувати страх. І, нарешті, група ніколи не шукає правди, їй потрібні ілюзії. У членів групи виникає лібідозна залежність від керівника і один від одного. На основі лібідозної залежності члени групи ідентифікуються один з одним і з лідером. Індивід регресує і відмовляється від власної індивідуальності в ім'я інтересів групи.

Відомо, що терапевтичні можливості групової взаємодії використовував в 1905 р. амер. лікар - хірург Джозеф Пратт, який лікував в Бостоні незаможних хворих на туберкульоз колективними бесідами. Далі практичний розвиток групової психотерапії було здійснено в «Психологічних середовищах» З. Фрейда 1902 р., Віденському психоаналітичному суспільстві 1908р. У 1919 р. Едвард Лейзелл у Вашингтоні в психіатричній лікарні створив групу хворих шизофренією. А. Адлер в 1919 р. у Відні створив інститут дитячої психопрофілактики. У 1949 р. Олександр Вольф застосував методи психоаналізу в групі, ввів альтернативне групові збори без психоаналітика на самоврядуванні групи. У 1935 р. в США Вільямом Вільсоном (біржовий маклер, сам колишній алкоголік) організовано рух «Анонімних алкоголік». В даний час існують суспільства анонімних наркоманів, гравців, боржників, самогубців, ненажер, жертв насильства, жертв інцесту і пр. У 1949 р. Ендрю Солтер заклав основи поведінкової групової психотерапії в форматі тренінгів умінь. У 50-ті р. Арнольд Лазарус і Ганс Айзенк ввели термін «поведінкова психотерапія». У 1984 р. ньому. психолог М. Форверг розробив СРТ - рольові ігри з моментами драматизації, виступаючи імітацією проблемних ситуацій ділового спілкування.

У Росії в 20 - і роки Бірман і Чалисов розробили методіку проведення зборів хворих невротизмом, Дружинін і Іткина застосовували в лікуванні групову та індивідуальну психотерапію. Бехтерев в 1911 р. проводив групову раціональну та гіпно-суггестивну психотерапію хворим на алкоголізм. У 30 - ті роки А. Макаренко зробив колективну психокоррекцію підлітків.

## **2. Класичний етап розвитку групової психотерапії: теорія групової динаміки К. Левіна, клієнт - центрована психотерапія К. Роджерса, психодрама Я. Морено**

3. *Класичний етап* розвитку групової психотерапії. Засновники групової психотерапії: Якоб Морено, Курт Левін, Карл Роджерс.

**Якоб Морено** - в 20 - ті роки ХХ ст. ввів термін «[групова психотерапія](#)», творець психодрами, працював з бездомними жителями Відня, безпритульними дітьми, емігрантами, повіями, а

після еміграції в США в 1927 р. заснував в Нью - Йорку терапевтичний театр. Метод Морено включає в себе: соціометрію (теоретичну модель суспільства, тест на вимірювання міжособистісних відносин у групі) та групову психотерапію методом психодрами, в якому клієнти по черзі виступають в якості акторів і глядачів, причому їх ролі спрямовані на моделювання особистісно-значущих ситуацій.

Ідея групової психотерапії природно випливає з філософії Зустрічі. Якщо зустрітися з Богом (знайти свою спонтанність) вона може, лише зустрівшись з іншими людьми, то очевидно, що психотерапія (як спосіб Зустрічі) в групі ефективніша, ніж психотерапія один на один. Ця форма роботи, широко поширена сьогодні, на початку минулого століття була революційною. Завданням групової психотерапії є створення психотерапевтичного співтовариства, або перетворення існуючого співтовариства з його формальної ієрархії, в психотерапевтичний, засноване на теле-відносинах. Це завдання можна вирішити, використовуючи психодраму, засновану на соціометрії

- **Курт Левін** - засновник теорії групової динаміки, в 1946 р. створив Т-групи - тренінгові групи для аналізу неадекватного взаємодії з людьми, розглядав психічні розлади як результат і прояв порушених відносин з іншими людьми. У групі бачив інструмент корекції в процесі соціального навчання, мета груп - підвищення особистої ефективності. У груповій психотерапії основним інструментом психотерапевтичного впливу виступає група пацієнтів. У будь-якій групі людей, які спілкуються тривалий час і досить близько виникає [групова динаміка](#) - розвиток або рух групи в часі, обумовлене взаємодією і взаєминами членів групи між собою, яке формує цілі, норми, ролі, структуру групи, лідерів, ігри та сценарії. Використання групової динаміки спрямоване на те, щоб кожен учасник мав можливість проявити себе, а також на створення в групі системи ефективного зворотного зв'язку, що дозволяє пацієнту адекватніше і глибше зрозуміти самого себе, побачити власні неадекватні відносини й установки, емоційні та поведінкові стереотипи, які проявляються в міжособистісному взаємодії, і змінити їх в атмосфері доброзичливості та взаємної прийняття.

Вперше термін «[групова динаміка](#)» був використаний К. Левінін в 1939 р. у статті «Експерименти в соціальному просторі». За визначенням К. Левіна [групова динаміка](#) - є взаємодія сил тяжіння і відштовхування, що діють в групі. Це теорія про сили, структуру і процеси, що діють в групі.

Основні елементи групової динаміки по К. Левіну: цілі групи, норми групи, структура групи і лідерство, згуртованість групи, фази розвитку групи.

1. Групові цілі визначають напрям руху групи, завдання та шляхи їх досягнення, планований результат. Цілі і завдання психотерапевтичної групи: розкриття, аналіз, усвідомлення, переробка психологічних проблем членів групи, їх міжособистісних і внутрішньоособистісних конфліктів, корекція неадекватних установок, емоційних і поведінкових реакцій на основі використання міжособистісної взаємодії в групі.

Особистісні зміни відбуваються в трьох площинах:

- 1). Когнітивний рівень - усвідомлення зв'язку «особистість-ситуація-проблема (хвороба)», усвідомлення самого себе і свого минулого.
- 2). Емоційний рівень - отримання емоційної підтримки, формування позитивного ставлення до себе, безпосереднє переживання нового емоційного досвіду в групі, усвідомлення власних емоцій і реакцій, вербалізація, прийняття та вираження почуттів, ре-переживання травматичного досвіду і його переробка.
- 3). Поведінковий рівень - формування нових стратегій поведінки, освоєння нових ролей, оволодіння копінг-стратегіями і саморегуляцією своєї поведінки.

Цілями психотерапевтичної групи можуть бути: розвиток комунікативних навичок (СПТ), особистісний ріст (групи зустрічей), досягнення катарсису через повторне проживання ситуації у рольовій грі і досягнення нової шаблі інтеграції особистості (психодрама), досягнення справжності (екзистенціальна психотерапія), автентичності (гештальт- терапія), самоактуалізації (КЦТ). Проблема може полягати в розбіжності цілей групи з особистими цілями її учасників.



1. Норми групи - прийняті в групі правила поведінки.

Групові норми визначають те, яка поведінка в групі є прийнятним, а яке не схвалюється. Група строго контролює виконання норм і реагує на їх порушення. Універсальними нормами є: конфіденційність, саморозкриття, чесність, щирість, почуття.

1. Структура групи та лідерство.

Психотерапевтична група є одночасно і формальною і неформальною. Різні члени групи займають різні позиції в ієрархії популярності та авторитету. У групі завжди виникає емоційний (активізує почуття та емоції членів групи) та інструментальний лідер (сприяє досягненню групових цілей), а також боротьба за лідерство, яка пов'язана з проблемами залежності, підпорядкування та суперництва. Психотерапевт - формальний лідер, ставлення до нього у групі змінюється на різних етапах групового процесу. У відносинах з психотерапевтом і лідером члени групи виявляють свої амбівалентні установки, залежність і незалежність, самостійність і інфантильність.

Структуру групи визначають ролі. Кожен член групи несвідомо чи свідомо прагне грати свою роль в групі, яка відображає його потреби, мотиви, бажання і проблеми. Існує п'ять основних ролей в групі: лідер (спонукає активність групи, надає їй впевненість), експерт (знає і досвідчена людина, до якого прислухається група), пасивні (мовчки спостерігають, ідентифікуються з лідером), «козел відпущення» (група на нього «зливає» негативні емоції), опозиціонер (бореться з лідером або терапевтом). Типові стереотипні невротичні ролі: спокусник, монополіст, жертва, мученик, мораліст, квазітерапевт (вибиває стілець з під терапевта), агресор, провокатор, захисник, скиглій, улюбленець, блазень. Завданням групи є усвідомлення учасниками своїх ролей, застосування їх у житті, того, до якого положенню в групі вони прагнуть, чи приносить це їм задоволення і розширення репертуару рольової поведінки. У групі виникають коаліції і підгрупи, необхідно з'ясувати їх мету, «проти кого дружимо?».

1. Згуртованість групи - привабливість групи для її членів, потреба членів групи належати групі і брати участь в ній, співробітництво при вирішенні спільних завдань, ступінь взаємопіддержки, прийняття, взаємодопомоги, емоційне тяжіння членів групи один до одного. Групова згуртованість виникає не відразу, а в результаті спільної діяльності і спільно пережитого емоційного досвіду. Групова згуртованість є фактором психотерапевтичного впливу і аналогом відносин терапевт-клієнт в індивідуальній психотерапії.

Групова напруга виникає в групі обов'язково в зв'язку з розбіжністю очікувань учасників групи і реальною груповою ситуацією, у зв'язку з розбіжністю особистих і групових прагнень, цілей, позицій, бажань, у зв'язку зі зверненням до хворобливих проблем і переживань. Групова згуртованість і групова напруга виконують у групі протилежні функції: ГС - стабілізуючий фактор, створює безпечну ситуацію і підтримку, ГН - спонукає фактор, викликає незадоволення і бажання змін. У групі необхідно підтримувати динамічну рівновагу між ними. Напруга може бути наслідком внутрішньогрупових конфліктів, незадоволених бажань і фантазій, придушення почуттів і потреб членів групи. Усвідомлення і вербалізація цих моментів знімає напругу. Занадто висока і тривалий груповий напруга може розвалити групу, створюючи ворожу, холодну атмосферу. Якщо груповий напруга відсутня, то група перестає працювати, виникає нудьга, немає негативних емоцій, які створюють динаміку.

1. Фази розвитку групи. Групова динаміка - сукупність внутрішньогрупових соціально-психологічних процесів і явищ, що характеризують весь цикл життєдіяльності групи та її етапи: утворення, функціонування, розвиток, стагнацію, регрес і розпад. Фази розвитку психотерапевтичної групи визначаються змінами в типах взаємин і взаємодій у групі.
  1. Адаптаційна фаза: навчання групи, орієнтація і залежність, адаптація до нових людей, відповідальність переноситься на терапевта, нерозуміння значення власної

активності, члени групи чекають інструкцій і вказівок. Це інфантильна фаза. На цьому етапі відсутні загальні проблеми, учасники підтримують розмови «ні про що», уникають почуттів і переживань. Терапевт займає пасивну позицію для того, щоб група дозріла. Директивність терапевта на цій фазі веде до втрати спонтанності та ініціативності групи. Пасивність терапевта викликає напругу і занепокоєння в групі і провокує тривогу. Найхарактерніша риса першої фази - висока напруга. На цій фазі може виникнути псевдосплоченість групи у трьох варіантах:

- а) псевдоемоційна підтримка: «ми хороші, усі козли»;
- б) псевдонауковість: учасники групи розумничають, обговорюють концепції, дають поради;
- в) псевдоконфронтація: знаходять «козла відпущення», якого всі починають лікувати і виховувати.

Всі три варіанти є непродуктивними, та скоро розчаровують групу, стає видно їх захисний характер. Напруга зростає, але група отримує перший спільний досвід аналізу ситуації. Поведінка членів групи на цій фазі пасивна, залежна, напружена.

1. Активна фаза Характеризується боротьбою, конфліктами і протестами. Поведінка учасників групи стає активною, афективно зарядженою, з прихованою або явною агресією стосовно ведучого. Починається боротьба за лідерство, за місце і роль у групі, виникають внутрішньогрупові конфлікти, зростає опір. Відмінна риса цієї фази - підвищення агресії до терапевта, яка може ховатися за великою кількістю питань, розумування, сумнівів в результаті і компетенції, звинувачень у безвідповідальності або байдужості. Напад може відбуватися й на фігуру, яка заміщає ведучого. Головною темою обговорення на цій фазі повинні бути почуття, які члени групи відчувають до терапевта, їх відкрите вираження та обговорення, а також аналіз ситуації в групі. Добре якщо відбудеться відкрита конфронтація групи з терапевтом, по суті це є конфронтація з власними почуттями, плюс створюється згуртованість групи. Така конфронтація може послужити основою для аналізу наступних проблем: пошуку підтримки та уваги, залежність, самостійність, підпорядкування, суперництво з авторитетами, відповідальності. Завершенням цієї фази є відкрите вираження почуттів до терапевта і аналіз їх причин, якщо цього не відбувається, то групова активність блокується.
2. Фаза структурування групи, розвитку і співпраці. Фаза розвитку згуртованості, група проявляє активність, самостійність, бере на себе відповідальність. Згуртованість створюється спільною діяльністю з вирішення кризових ситуацій і через спільні переживання. Виникає відчуття приналежності до групи, виробляється групова культура, виникає емоційна підтримка і співчуття, щирість, спонтанність самовираження завдяки почуттю безпеки і прийняття.
3. Фаза активної роботи групи. Група стає робочим колективом, зрілої соціальною системою. Налагоджується позитивний зворотний зв'язок, спокійно приймаються негативні емоції. Ця фаза спрямована на вирішення конкретних терапевтичних завдань. Це робоча фаза і повина обіймати 70 -80% часу роботи групи.

**Карл Роджерс (1906 - 1987)** - засновник клієнт-центрованої терапії та групи зустрічей (вперше проведені в Чикаго в 1946 р. з ветеранами другої світової війни), завдання - усвідомлення і полегшення вираження власних почуттів. Модель своєї терапії вважав способом життя. Групоцентрирована психотерапія, її риси:

- Модель зростання: для росту рослини необхідні певні умови, для людини теж; всередині людини є вроджене прагнення до зростання і самоактуалізації, завдання терапії - сприяти розкриттю цієї здатності через створення певних умов;

- Створення особливого мікроклімату в групі: емпатії, конгруентності, безумовного прийняття;
- Довірливість стосунків;
- Спільність переживань;
- Забезпечення підтримки;
- Розширення досвіду;
- Свобода самовираження і саморозкриття;
- Свобода вибору;
- Члени групи як терапевти;
- Терапевт - фасилітатор.

#### Тенденції та фази розвитку групового процесу:

1. Кружляння на місці. Група в замішанні через того, що терапевт використовує недерективне управління, не бере на себе ініціативу і відповідальність, надає групі свободу дій. Ознаки: незручне мовчання, ввічливе поверхнєве спілкування, світська розмова, фрустрація, фрази не випад, ще немає зворотного зв'язку, немає єдності, панує незрозуміння.
2. Опір особистісному самовираженню і дослідженню самого себе. Йде демонстрація свого публічного Я і соціальних ролей. Емоції пригнічені, нічого не зачіпає особисто, ніхто не розкривається. Члени групи живуть ізольовано один від одного.
3. Опис минулих почуттів. Розмова про минулі проблеми і переживання.
4. Вираз негативних почуттів до ведучого й членам групи. Перший вираз справжніх почуттів «тут і зараз». Причина - позитивні почуття висловлювати важче, ніж негативні, їх більше, вони на поверхні і вони більш безпечні. Освідчення в коханні таїть в собі небезпеку - бути відкинутим, а людина не вміє від цього захищатися.
5. Дослідження і вираз особистісно значущого матеріалу. Подорож до центру Я. Це - сигнал того, що група стала «своєю», виникло довіру. Відбувається це після того як висловлюються і приймаються негативні почуття. Саморозкриття, яке не всі члени групи можуть прийняти.
6. Вираз у групі безпосередніх почуттів один до одного (позитивних і негативних). Йдуть проєкції і перенесення, всі ці почуття досліджуються.
7. Розвиток цілющої здатності в групі. Поява спонтанної і природної здатності відгукуватися на біль і страждання інших людей. З'являється завдяки процесу занурення в себе, всередині кожної людини є здатність до емпатії.
8. Прийняття самого себе і початок змін. Не можна змінитися, не сприймаючи себе повністю таким, який є насправді.
9. Ломка фасадів, масок, захистів. Група стає нетерпимою до фальші, скритності, «ввічливості» і «такту», хоче справжніх почуттів та емоцій, щирості і природності.
10. Отримання зворотного зв'язку. Критика звичних ролей. Улюбленець публіки отримує невдоволення своїм перебільшеним дружелюбністю, турботлива мама відкидається разом з турботою і т. п.
11. Конфронтація. Виявляється між підгрупами, в парах, угрупованнях, до одного члену групи. Це необхідно для ломки стереотипів.
12. Допомога за межами групи. Передзвонюються, спілкуються, ходять в гості.
13. Глибоке спілкування. Виникає більш тісний контакт, ніж в реальному житті і співпереживання чужого болю як свого. Це один з факторів зцілення.
14. Вираз позитивних почуттів і близькість. Близькість виникає в результаті автентичності відносин, це повна довіра іншій людині. Близькість - другий фактор зцілення.

15. Поведінкові зміни в групі. Змінюються жести, пози, інтонація голосу, вираз обличчя, з'являється більше емоцій, спонтанності, жвавості, безпосередності, тепла. Потім змінюється поведінка в групі, а потім і в житті

# 1. Чинники групової динаміки на прикладі теорії

## Іріна Ялома

Ірвін Ялом - (нар. В 1931 року у Вашингтоні, в сім'ї російських емігрантів, отримав медичну освіту в Бостонському університеті - ті) відомий американський психотерапевт екзистенціального напрямку. Психотерапевтична концепція - побудова особистих відносин з пацієнтом, де терапевт виступає як звичайна людина, вільний обмін думками, емоціями, почуттями з автентичних позицій. Працює в Стенфордському університеті професором психіатрії медичної школи.

«Міжособистісна теорія навчання» І. Ялома основним фактором терапевтичних змін вважає групове взаємодія і міжособистісне спілкування, що відбувається «тут і зараз». Група є основною ареною для навчання новому досвіду міжособистісної взаємодії. За своєю структурою група утворює соціальний мікрокосмос, що відображає різноманіття соціальних зв'язків членів групи. У процесі групової взаємодії клієнти усвідомлюють спотворення свого сприйняття і дезадаптивні форми комунікацій.

Основними механізмами навчання є: зворотний зв'язок, самоспостереження, порівняння своєї поведінки з поведінкою членів групи. Група створює подібну сімейних відносин, психотерапевт відображає батьківську фігуру, члени групи - батьків і сиблінгов.

Терапевтичні механізми навчання:

- **перенесення** - спотворення сприйняття в міжособистісних відносинах;

- коригувальний емоційний досвід.

- інсайт - отримання нової інформації, нового розуміння, нового досвіду. Рівні інсайта:

1. Поведінковий інсайт - вимальовується об'єктивна картина свого соціального поведінки, як людина виглядає в очах інших людей.

2. Соціальний інсайт - розуміння того, що я роблю з іншими людьми: маніпулюю, експлуатую, придушую, спокушаю, використовую, відкидаю, принижую, уникаю і т. П. Людина робить з іншими той же від чого травмований сам. Це хороша діагностика травм.

3. Мотиваційний інсайт - усвідомлення мотивів власної поведінки (чому боюся, чому принижую і т. П.).

4. Генетичний інсайт - усвідомлення травматичних подій минулого і їх впливу на реальний.

4. Лікувальні фактори групової психотерапії:

1. Навіювання надії на одужання. Добре, коли про це говорять люди, які пройшли психотерапію і діляться позитивними результатами.

2. Універсальність проблем. Розуміння того, що іншим теж не легко, що людина не виняток з правил.

3. Отримання інформації. Розуміння того, що відбувається, знижує тривогу.

4. Альтруїзм. Допомога іншим людям створює відчуття власної значущості та потребності.

5. Коригувальний аналіз батьківської сім'ї. Аналіз і опрацювання дитячо - батьківських конфліктів. У групі сильно заглиблюватися в минуле не варто, це повинна бути прихована домашня робота.

6. Розвиток соціалізуючих технік, навичок спілкування: взаємодопомоги і підтримки, ділитися почуттями, співпереживати, поступатися, дотримуватися чергу, терпіти і т. Д.

7. Імітаційне поведінку. Наслідування терапевта і ідентифікація з іншими членами групи створює нові моделі поведінки. Спостереження за одужанням іншої людини дає лікувальний ефект.

8. інтерперсонального вплив включає в себе три фактори:

- міжособистісні відносини - люди в групі вибудовують відносини між собою не на основі реальних показників один одного, а на основі власних фантазій один про одного. Людині, яка має травму «приниження» здається, що його все принижують;

- коригувальний емоційний досвід - в психотерапії необхідний для одужання такий емоційний досвід, який нейтралізує його травму. Для цього необхідні три фактори: підтримка, емоційна стимуляція, перевірка реальності свого сприйняття себе самого та інших людей і ставлення людей один до одного. Для цього існує зворотний зв'язок і промовляння своїх почуттів. В результаті відбувається критичний інцидент (поворотний пункт): клієнт висловлює своє негативне почуття; це почуття для нього є новим і несподіваним; його не відкидати, що не

вистіюють, не пригнічують, а приймають. В результаті клієнт усвідомлює невідомі йому раніше патерни свого сприйняття і ставлення до себе і іншим, визнає їх неприйнятність і знаходить нові патерни поведінки.

- група - як соціальна модель, мікрокосм. Члени групи взаємодіють один з одним так само як в реальному житті, у них немає необхідності описувати свою патологію словами, вони рано чи пізно виносять її на загальний огляд. Почуття членів групи і терапевта до людини - це індикатори його проблем.

9. Групова згуртованість. Згуртованість групи - це аналог терапевтичних відносин в індивідуальній терапії, де високий рівень емпатії терапевта, теплота і щирість є лікувальним фактором. Згуртованість групи - це привабливість групи для її членів, яка створює безпечні умови для саморозкриття. Можливість поділитися з групою своїми переживаннями і бути прийнятим і зрозумілим є терапевтичним фактором. Всі люди стикаються у своєму житті з двома проблемами: підтримка почуття особистої цінності і встановлення значущих міжособистісних відносин. Самооцінка людини тісно пов'язана з переживанням соціальних відносин, з тим, що про людину думають інші люди. Згуртованість групи підвищує самооцінку і задовольняє потребу в приналежності.

10. Катарсис - сильні емоційні прояви пригнічених і витіснених почуттів, очищення психіки від того, що гнітило і турбувало всередині. Групова згуртованість підсилює вираз сильних емоцій, саморозкриття і катарсис.

11. саморозуміння відбувається в результаті саморозкриття і розуміння іншої людини членами групи і їх ставлення до нього. Включає в себе: відкриття і прийняття в собі раніше невідомого, розуміння своїх реакцій і поведінки, вивчення причин своїх проблем і реакцій інших людей на свою поведінку, усвідомлення нереальності свого ставлення до людей і реакцій.

Саморозуміння призводить до інсайту.

12. Екзистенційні фактори: визнання неминучості болю, страждання і несправедливості в житті людини, усвідомлення смерті, самотності, несвободи, необхідність прощати себе та інших і брати на себе відповідальність за своє життя, бути справжнім.

Про груповий психотерапії ми можемо говорити в тому випадку, якщо психотерапевт використовує терапевтичний потенціал групи як такої: виникають в процесі ситуації їх взаємини. Взаємовідносини і взаємодії, в які вступає пацієнт в групі, в значній мірі відображають його справжні взаємини в житті, так як група виступає моделлю соціуму, де пацієнт проявляє ті ж відносини, установки, цінності, способи емоційного реагування і поведінкові реакції.

Техніки групової психотерапії поділяються на основні та допоміжні. Основний є техніка - групова дискусія, що має три головні орієнтації: інтеракційну (аналіз міжособистісних комунікацій, взаємодій, ситуацій, рольової структури в групі), біографічну (аналіз біографії і особистих проблем), тематичну (обговорення актуальної для групи теми). Ще дуже важливою основною технікою є зворотний зв'язок. До допоміжних технікам відносяться: психодрама - розігрування рольових ситуацій, психогімнастика - невербальне міжособистісна взаємодія, музикотерапія, проєктивний малюнок, техніки розігріву та ін.

## 2. Чинники міжособистісних відносин

Значення міжособистісних відносин Вивчаючи людське суспільство, ми приходимо до того, що міжособистісні відносини відіграють в ньому вирішальну роль. Переглядаємо ми історію еволюції людини в широкому плані або зосереджуємося на розвиток окремої людини, в будь-якому випадку ми зобов'язані розглядати його через призму міжособистісних відносин. Як відзначав Гамбург, існують переконливі дані, отримані в ході вивчення первісних людських культур і людиноподібних приматів, що чоло вік завжди жив в групах, які відрізнялися інтенсивними і постійними міжособистісними контактами. Соціальна взаємодія людини з іншими людьми з точки зору еволюції мало чисто адаптаційний сенс - без інтенсивних, позитивних і взаємних міжособистісних зв'язків не було б можливим виживання як індивіда, так і виду в цілому. Боулбі, вивчивши взаємовідносини матері і маленької дитини, робить висновок, що прихильність властива нашій внутрішній природі. Якщо розлучити матір і дитину, то обидва починають відчувати стан тривожності, що супроводжується прагненням один до одного. Якщо розлука продовжується, то серйозність наслідків буде пропорційно зростати. Голдсміт на підставі вичерпного огляду етнографічних фактів стверджує: Людині самою природою належить жити в суспільстві, тому він неминуче стикається з протиріччям між

бажанням служити своїм власним інтересам і визнанням тієї групи, до якої він належить. Оскільки ця дилема вирішувана, ключовим є той факт, що особисті інтереси людини можуть бути найкраще задоволені іншими людьми ... Потреба в позитивних переживаннях означає, що кожна людина прагне взаємності від оточуючих його людей. Це схоже на голод, тільки не стосовно їжі, а в більш широкому сенсі. У різних випадках це може виражатися в бажанні спілкуватися, в потреби визнання і прийняття, схвалення, поваги чи влади ... Досліджуючи людську поведінку, ми знаходимо, що всі люди не тільки живуть в об'єднують їх соціальних системах, а й намагаються домогтися схвалення від оточуючих . Вісім років тому Вільям Джемс висунув подібне твердження: «Ми не тільки товариські тварини, які люблять перебувати на очах у своїх родичів, у нас є внутрішня потреба бути ними прихильно поміченими. Якби це було фізично можливо, то найжорстокішим покаранням для людини стало б загубитися в суспільстві і бути при цьому абсолютно непомітним для всіх його членів ». Хоча всі сучасні напрямки психіатричної думки інтерперсонального, жодне з них не є настільки ж експліцитно і систематичним, як інтерперсональна психотерапія Гаррі Саллівана. Формулювання Саллівана надзвичайно корисні для розуміння групового терапевтичного процесу. Всебічне обговорення його інтерперсональної теорії, безумовно, виходить за рамки даної книги, і я відсилаю читача до робіт Саллівана або (через малозрозумілої мови, якою вони написані) до ясного огляду його учнів. Але згадати кілька ключових понять його теорії просто необхідно. Салліван стверджує, що особистість майже повністю є продуктом взаємодії з іншими людьми. Людина потребує того, щоб бути поруч з іншими людьми, - це його біологічна потреба, а з огляду на тривалість періоду його безпорадного дитинства, - це в рівній мірі необхідно для його виживання. У процесі свого розвитку дитина прагне до безпеки і тому намагається проявляти ті риси свого характеру, які зустрічають схвалення у значущих для нього оточуючих, і не робити того, що викликає у них негативну реакцію. В кінцевому рахунку індивід розвиває образ самого себе (самодинамізм), який визначається сприймаються індивідом оцінками. Можна сказати, що «я» людини зібрано з відображених оцінок. Якщо людину принижують, як буває у випадку з небажаною і нелюбимим дитиною або з дитиною, які потрапили до прийомних батьків, яким він не потрібен, то це буде сприяти формуванню у дитини ворожих, що принижують оцінок як щодо інших людей, так і до самого себе. Салліван використовував термін «паратаксичне спотворення» для опису схильності індивіда до спотворення сприйняття оточуючих. Паратаксичне спотворення відбувається в такій ситуації міжособистісної взаємодії, коли одна людина будує своє ставлення до іншого не на підставі властивостей, реально властивих його особистості, але цілком або переважно на основі своєї власної фантазії. Паратаксичне спотворення схоже з поняттям [перенесення](#), але ширше за обсягом. Воно ґрунтується не тільки на терапевтичному взаємодії, а на всьому різноманітті міжособистісних відносин. Воно включає в себе не тільки простий [перенесення](#) позицій діючих в реальному житті людей, але також спотворення міжособистісної реальності в залежності від внутрішньоособистісних бажань. Спотворення в міжособистісних відносинах мають властивість самозакрепляться. Індивід, вибірково звертаючи увагу на певні речі, може спотворювати своє сприйняття оточуючих таким чином, що людина, який уявив себе приниженим, може помилково сприймати оточуючих як жорстоких, відкидають його людей. Більш того, цей процес в принципі самодостатній, тому що у такої людини, як правило, розвивається манірність, догідливість, захисний антагонізм або презирство, які в кінцевому рахунку змушують інших ставитися до нього так, як він очікує. Термін «ефект едипу» був застосований по відношенню саме до цього феномену. Паратаксическі спотворення, з точки зору Саллівана, можуть модифікуватися насамперед через досягнення угоди, через порівнювання інтерперсональних оцінок одного з оцінками інших. Це призводить нас до точки зору Саллівана на терапевтичний процес. «Психіатрія - це вчення про процеси, які зароджуються або тривають між людьми». Психічні розлади і психіатрична симптоматика у всіх своїх проявах переводяться на мову термінів інтерперсональної теорії і інтерпретуються відповідним чином. «Поняття» психічний розлад "означає міжособистісний процес, що протікає або неадекватно ситуації, в якій задіяні люди, або надмірно складний, коли в ситуацію залучені нереальні персонажі. Іноді це призводить до ще більшої неадекватності поведінки, за допомогою якого людина намагається отримати задоволення ». Відповідно, психіатричне лікування повинно бути спрямоване на корекцію подібних спотворень для того, щоб дати індивіду можливість вести більш різноманітну життя, співпрацювати з іншими людьми, досягати задоволення в міжособистісних відносинах в контексті реалістичності і взаємності. «Психічне здоров'я є продовженням здорових міжособистісних відносин». Психіатрична допомога є «устремління» я »на такий кінцевий результат, при якому

пацієнт стає собою тим більше, чим краще веде себе з оточуючими». Таким чином, терапія інтерперсонального, - і в своїх цілях, і в своїх засобах. Пацієнти, які проходять групову терапію, десь між третім і шостим місяцем часто змінюють початкові терапевтичні цілі. Початкова мета - ослаблення страждань - перетворюється і в кінці кінців замінюється новими цілями, зазвичай інтерперсонального за своєю природою. Ці цілі змінюються - від шуканого ослаблення тривожності або депресії до бажання вчитися спілкуванню з оточуючими, до прагнення навчитися довіряти і самому бути чесним з ними, до бажання навчитися любити. Одна з перших завдань терапевта - полегшити переклад симптомів в інтерперсональні конструкти. У дев'ятому розділі описується систематична підготовка пацієнтів нової терапевтичної групи. Твердження Саллівана про загальний процес і цілі терапії в повній мірі відображені в принципах інтерперсональної групової терапії. Як би там не було, акцентування уваги на розумінні пацієнтом минулого, на генетичних витоках дезадаптації може не мати в груповій терапії того значення, яке йому надається в індивідуальній терапії, в якій і працював Салліван (див. Розділ 5). Професійна доля Саллівана схожа на долі інших новаторів. Консервативне співтовариство спочатку відповіло на його ідеї холодним мовчанням, потім нападками, а під кінець ассимилювало їх, при цьому інноваційна природа цих ідей була забута. Теорія міжособистісних відносин стала сьогодні настільки звичною частиною фабрики психіатричної думки, що навряд чи варто про це говорити. Емпіричні дані, що свідчать про ту вирішальну роль, яку відіграють соціальні потреби в житті людини, займають дуже великий обсяг. Згадаємо, наприклад, вивчення ситуацій важких втрат, коли страждання тих, хто вижив подружжя посилювалися в результаті фізичних нездужань, психічних захворювань і підвищення ймовірності настання смерті. Людям потрібні люди, щоб виживати, і спочатку, і потім. Вони потрібні для успішної соціалізації, потрібні для досягнення задоволення. Ніхто не може подолати потребу в людському спілкуванні - ні вмираючий, ні вигнанець, ні цар. Нещодавно я вів групу пацієнтів, які страждали запущеною формою раку. Час від часу я ловив себе на думці про те, що перед лицем смерті наш жах небуття, так само як і жах перед ніщо, не такий великий, як той, що супроводжує повного самотності. Вмираючі пацієнти часто найбільше бувають стурбовані відносинами один з одним. Пацієнт страждає, якщо відчуває себе покинутим і навіть вигнаним зі світу живуть. Одна пацієнтка, наприклад, планувала дати велику вечерю, а вранці дізналася, що її ракова пухлина - до цього вона вірила, що пухлина заблокована - дала метастази. Вона нікому про це не розповіла і дала вечерю. Весь цей час її не покидала страшна думка, що біль від її захворювання буде так нестерпна, що вона не зможе бути людиною в повному розумінні цього слова, і в кінці кінців стане неприйнятною для оточуючих, питання не в тому, говорити пацієнтові про його стан чи ні, але в тому, як сказати про це відкрито і чесно; пацієнт завжди потай здогадується про те, що він помирає, - свій вирок він бачить в поведінці оточуючих.



# 1. . Загально-груповий підхід Вільфреда Біона (Байон). 2. Психоаналітична групова психотерапія

## Генрі Езріела

1. *Загально-груповий підхід Вільфреда Біона (Байон)*. Вільфред Біон (1897-1979), один з основоположників групового аналізу, в кляйніанском русі вважається другою за величиною фігурою після самої Мелані Кляйн, а багато аналітиків оцінюють його внесок ще вище.

Біон організував Т-групи в Європі в 1959 р. по реабілітації військовослужбовців, робота «Досвід роботи в групах» 1960 р. На його думку, як група в цілому, так і індивід в групі курсують між параноїдно-шизоїдні і депресивним полюсами. При параноїдно - шизоїдному полюсі група використовує примітивні ЗМ (розщеплення, проекцію, проективну ідентифікацію), не здатна до вирішення внутрішньогрупових конфліктів і може об'єднатися тільки при наявності зовнішнього ворога. На депресивному полюсі група вже здатна витримувати абівалентні відносини і використовувати зрілі ЗМ (почуття провини). Завдання терапії - створення таких умов у групі при яких її члени могли б усвідомити проблеми своїх ранніх відносин з авторитетними фігурами, а потім звільнитися від них шляхом розуміння своїх базових прагнень. Біон створив модель «групи як цілого». Основний висновок: при лікуванні одного пацієнта невроз виявляється як проблема однієї людини, при лікуванні групи він повинен бути виявлений як проблема групи.

Біон описав феномен «групового мислення» - колективна психічна активність, яка об'єднує групу в єдине ціле, навіть якщо члени групи цього не усвідомлюють. Групове мислення - контейнер, зміст якого формується однотайною думкою, вольовим рішенням чи бажанням групи в кожен конкретний момент. Самі члени групи вносять свої вклади в контейнер анонімно і неусвідомлено. Групове мислення може знаходитися в конфлікті з бажаннями і думками окремих індивідів і викликати у них різні почуття: гнів, страх, незручність. Взаємодія між груповим мисленням і бажаннями окремих індивідів приводить до формування групової культури, в яку входять три елементи: структура групи, поточні завдання, організація їх вирішення.

За типом організації та способу вирішення задач групи бувають: 1) робітниками - орієнтовані на реальність, рефлексію, контроль над емоціями, рішення конкретних завдань, мають тенденцію до кооперації, мета - ріст і дозрівання групи, організація - вербальний діалог, 2) групи базового устремління - спрямовані на захист від примітивних емоційних переживань психотичної природи (почуття переслідування, тотального контролю, дисоціації).

Біон описав три типи повторюваних емоційних станів, які пронизують групу: 1) агресивність, ворожість, страх, 2) оптимізм і повне надій очікування, 3) безпорадність чи благоговіння. Група об'єднується завдяки цим станам в ціле і демонструє специфічні форми групового функціонування, які він назвав «базові устремління» або залежності. Залежна група веде себе, таким чином, ніби учасники зібралися для того, щоб покластися на зовнішній об'єкт, який здатний задовольнити їх бажання і потреби, і насамперед потреба в безпеці і підтримці. Культура залежної групи заснована на тому, що ця роль відводиться терапевту або учаснику - лідеру (Страждаючий лідер, найбільш хворий член групи), який на її думку і повинні виконувати всю роботу і вирішити їх проблеми, відповісти на всі питання. Тому від терапевта вимагають інструкцій, вказівок, ідей, порад, йому приписують властивості ідеалу і божества. Протест терапевта проти такого положення викликає в групі фрустрацію очікувань. У залежних групах існує три базових допущення, на основі яких вони функціонують: 1) залежність від керівника чи лідера для забезпечення безпеки і задоволення проблем; 2) напад або втеча з метою послабити свої страхи, для цього вибирається зовнішній ворожий об'єкт (член групи, дефект підгрупа), який, або руйнується, або від нього втікають, 3) тяжіння до парності, об'єднання в пари для задоволення сексуальних і месіанських спонукань.

Керівництво групою зв'язується з парою, яка повинна привести на світ «дитину» - ідею, пов'язану з вирішенням проблем. Пари можуть утворюватися і при конфлікті, з'ясуванні

відносин один з одним. Для користі групи групова ідея про месію не повинна бути здійснена. Базові припущення можуть змінюватися протягом сесії або залишатися довгий час, але ніколи не співіснують один з одним. Групи «базових прагнень» сильно чинять опір росту і розвитку.

Біон описав три конфлікту, які ускладнюють роботу робочої групи: 1) між бажанням повного занурення в групу і розчинення в ній і бажанням знайти почуття незалежності через заперечення групи; 2) конфлікт між групою і учасником, чиї бажання йдуть в розріз з потребами групи; 3) між робочою групою і групою базового допущення.

2. Психоаналітична групова психотерапія Генрі Езріела. У першій з груп, проведених Біоном, взяв участь Генрі Езріел, який згодом створив власну психодинамічну концепцію групової психотерапії, також пов'язану з об'єктивними стосунками.

Автор зробив наголос на пов'язані з теорією об'єктивних відносин уявлення про те, що людям властиво витісняти травматичні переживання і уникати конфронтації з несвідомими фантазіями тільки в певному типі об'єктивних відносин. Витіснення стає можливим завдяки встановленню відносин з об'єктами, що допомагають відгородитися від неусвідомлюваних фантазій. Такі відносини Езріел назвав «бажаними відносинами» (в цих відносинах немає емоцій, контакту, почуттів, багато аналізу, це безпечний рівень функціонування групи). «Бажані відносини» і переноси встановлюються для того, щоб не включитися в «уникаючі відносини» (в цих відносинах відбувається прояв агресивних почуттів і інцестуозних бажань до терапевта, які фруструють групу, це може виражатися як критика терапевта, невдоволення їм). А «уникаючі стосунки» в свою чергу можуть перерости в «згубні відносини», що приносять усвідомлення і граничний прояв інцестуозних прагнень і агресії, переживання нещастя, образи, провини і пр. Дані типи об'єктивних стосунків є елементами трійкової моделі відносин Езріела. Групова робота передбачає виникнення загальної групової напруги. Звичайна групова напруга виникає, коли клієнти намагаються встановити один з описаних типів стосунків. Він вважав, що терапевт може мовчати до того моменту, поки в групі не з'явиться неусвідомлюване напруга, яке він повинен проінтерпретувати і прояснити роль кожного учасника групи в його створенні. Групу необхідно включитися в «уникаючі стосунки» для того, щоб усвідомити пов'язані з минулим почуття та спогади. Езріел працював з групами не більше 5 осіб, в процесі роботи обмежувався тільки інтерпретація, поза групи не спілкувався зовсім. Всі інші техніки розглядав як сприяють «бажаним відносинам», зменшенню тривожності та зниженню ефективності групи.

## 2. Груповий аналіз Зігмунда Фулкса. 3. Теорія групового фокального конфлікту Томаса Френча.

Груповий аналіз Зігмунда Фулкса, англ. психіатр, працював у військовому госпіталі, вперше застосував психодинамічну психотерапію в групі, в 40 - і роки в Лондоні створив Товариство групаналіза, а потім інститут групаналіза. Груповий аналіз - форма групової психотерапії, здійснювана самою групою і спрямована на групу, включаючи ведучого. Концепція Фулкса ґрунтується на базисному положенні про початкову соціальну природу людини. «Розвиток кожної людини детерміновано світом, в якому він живе і групою, до якої він належить». В якості початкової групи виступає сім'я, потім вступають в дію інші більші групи. Людська індивідуальність визначається поєднанням унікальних рис людини, особливостями його раннього життєвого досвіду, системою соціальних взаємозв'язків. Всі психічні розлади розглядаються як наслідок порушень міжособистісних відносин і відчуження від суспільства, що є наслідками інтерналізованих конфліктів з батьками в ранньому дитинстві і з громадськими заборонами. Так як люди переживають несумісність зі своєю первинною групою, то надалі вони прагнуть зруйнувати всі групи своєї егоцентричної природою. Симптом - це спотворений вираз конфліктів пацієнта, які ніколи не були чітко сформульовані і тому недоступні для спогадів і вербалізації. Мовою симптому людина намагається повідомити про свої життєво важливі потреби і неусвідомлені конфлікти. Звільнення від симптому можливо у випадку, коли клієнт навчиться виражати їх у доступних для розуміння інших формі. Груп - аналіз є своєрідним методом «перекладу» того, що маскують невротичні симптоми на зрозумілу групі мову. Проблема одного пацієнта завжди являють собою лише частину

складних проблем всієї групи. У групі відтворюються дві основні проблеми соціального життя: відносини людини з іншими людьми і з групою в цілому. Ці проблеми, з точки зору групаналіза, відображають проблеми дитини у налагоджуванні відносин з навколишнім світом, матір'ю, а потім батьком і переживання їм едіпального конфлікту. Основна ідея груп - аналізу - учасники групи розвивають переноси і специфічні способи поведінки тільки на терапевта, але й один на одного. З цього виникає особлива система свідомих і несвідомих психічних структур та комунікативних відносин, в яких беруть участь всі учасники групи, в тому числі і терапевт. Ця система називається «групова матриця» - гіпотетична мережа комунікативних зв'язків і відносин у конкретній групі, в неї включені всі, вона визначає зміст і значимість подій в групі, в ній здійснюються всі вербальні та невербальні контакти. Види матриці: основна матриця - область, в якій проводиться терапевтична робота, динамічна матриця - актуальна психодинаміка групи, індивідуальна матриця - відновлення минулого досвіду окремого пацієнта в актуальній групі. Група створює матрицю в якій розвивався людина, в цьому сенсі є доброякісні матриці і злякисні (домінуючі протягом тривалого часу в асоціативному полі метафори й образи, які можуть стимулювати як розвиваючі так і деструктивні процеси). До злякисних матрицям відносяться:

-Павутина (павук, який пожирає свою жертву) - метафора, що описує маніпуляції в групі.

-Лабіринт - використання в групі інтелектуалізації.

- Рибальська мережа - при глибокому зануренні група може зіткнутися як з приємними переживаннями, так і з страшними. Цей образ виникає в груповому свідомості в ситуації непевності, небезпеки.

- Пташина клітка - метафора обмеження волі.

- Розпадається матриця (вузол, клубок, розрив, пробка, гребля) - образ слабкості, недбалості, неувважності з боку терапевта і групи.

Фулкс підкреслював, що завдання терапевта - «занурити» свідомість учасника до групи, щоб воно «побарахталось» в групі і виринуло - укріплене і переоцінене. Групова матриця стає тим фоном на якому свідомість може знайти новий життєвий ресурс. Фулкс так само виділив основні фактори груп - аналітичного процесу, що сприяють збагаченню комунікації:

- Соціалізація, усуває відчуття ізоляції;

- Феномен дзеркала дозволяє членам групи бачити свої власні страхи, почуття проблеми, бажання, симптоми в інших людях і звільнитися від них через ідентифікацію або проєкцію і навіть просто слухаючи інших;

- Феномен конденсатора виявляється в тому, що переживання одного учасника групи викликають асоціації, почуття, думки в інших, що включає спільну роботу;

- Фактор процесу обміну полягає в обміні інформацією, що призводить до трансформації емоційної ситуації в групі;

- Фактор поляризації дає можливість існування в групі протилежних складових, наприклад залежності і незалежності;

- Фактор прогресивної комунікації - через розуміння власної особистості відбувається розуміння інших і розуміння себе іншими;

- Фактор підтримки при вирішенні проблем;

- Фактор згуртованості групи дозволяє переносити індивідуальний відмінності і міжособистісні конфлікти без страху розпаду групи за рахунок її єдності;

- Культура тлумачення - повідомлення, реакції, асоціації членів групи на групові події;

- Особистість і стиль роботи фасилітатора, особливо його несвідоме впливає на групу, він повинен бути «диригентом», чути все звучать в групі мелодії, надаючи можливість кожному учаснику зіграти свою партію, щоб її почули. Він повинен бути не лідером, не моделлю для наслідування або ведучим, а першим слугою групи і її гідом - людиною, що вказує групі можливі наслідки її розвитку, але, не зупиняючи її на обраному шляху. Гід слід за групою,

вислуховує всіх її членів, перш ніж давати власну інтерпретацію. Він підключається до інтерпретації тільки тоді, коли в групі блокується комунікація.

Принципи груп - аналізу:

1. Цілісна групова ситуація служить основою для аналізу всіх міжособистісних взаємодій в групі і для інтерпретації всіх подій, які спостерігаються в групі.
2. Невротичні симптоми і їх прояв розміщуються в груповій матриці і являють собою оптимальну на даний момент структуру взаємовідносин між учасниками групи, включаючи диригента.
3. Основний закон груп - аналітичної динаміки свідчить: у сукупності учасники групи складають норму, тому відповідні норми реакції членів групи посилюються, а невідповідні - змінюються. Тому пацієнти можуть підкріплювати нормальні і коригувати патологічні реакції один одного.
4. Всі учасники групи повинні прагнути активно брати участь у груповій роботі, спілкуватися, інтерпретувати, розуміти, що відбувається. Група повинна весь час прагнути до максимальної взаємної усвідомленості і розширюється комунікації від рівня символів і фантазій до рівня усвідомлення сенсу.
5. Комунікації (вербальні та невербальні) в групі відбуваються на декількох рівнях:
  - Рівень поточних взаємодій (розповіді про своїх життєвих ситуаціях, спілкування «тут і зараз», терапевт - авторитетна фігура);
  - Рівень індивідуальних трансферентних взаємодій (відносини, зумовлені взаємними переносами, група представляє собою родину та її членів)
  - Рівень тілесних або психічних образів - відображення членами групи несвідомих елементів інших учасників, проектування один на одного відкидала частин свого Я, група може представляти образ тіла або образ матері;
  - Первинний рівень універсальних символів, на якому функціонують архетипи по Г. Юнгом або первинний образи по З. Фрейду.
6. Критерієм ефективності групової роботи є переклад енергії невротичних симптомів в комунікативну сферу. В якості мети для кожного учасника виступає інсайт витісненого матеріалу і його інтегрування в більш зрілі особистісні структури. Інсайти призводять до гнучкості Его кордонів, перегляду власних можливостей і обмежень, вивільнення енергії для творчого самовираження, включенню в більшу кількість соціальних взаємин на основі нових способів взаємодії.
7. В груп - аналізі розрізняють малі групи до 8 осіб, Середні - 12-20 осіб, Великі - від 22 осіб. Психотерапевтичною є мала група, середні і великі використовують у вирішенні менеджмент - конфліктів.

#### 4. Теорія групового фокального конфлікту Томаса Френча

Цей підхід активно розробляли Д. Вітакер, М. Ліберман. Всі висловлювання членів групи, а так само їх поведінка неминуче пов'язані зі спробою вирішити внутрішньогруповий конфлікт. Фокальний конфлікт представляється у вигляді певних тем, що розробляються в групі протягом кількох сесій. Дозвіл одних конфліктів призводить до утворення нових. Коли конфлікти опрацьовуються і прояснюються, група набуває вільну від конфліктів смугу, де виникає можливість для аналізу та опрацювання особистого матеріалу. Груповий процес проходить три етапи:

- 1) актуалізація потреб членів групи (фактор, який збурює);
- 2) неможливість відкрито продемонструвати свої потреби з - за страху негативних наслідків (реактивний фактор);
- 3) потреби починають проявлятися в компромісній формі (дозвіл конфлікту).

Такі поняття як «групова культура» і «[групова динаміка](#)» дозволяють зрозуміти, як група поводить ся в ситуації фокального конфлікту, які прийоми використовує для його усунення - дозвільні або обмежувальні. Завдання терапевта вказати групі на обмежувальні прийоми і замінити їх на дозвільні.

## РОЗДІЛ 3. МЕТОДИ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

### Тема 7. Психологія сімейних проблем.

## Поняття, структура, функції та етапи розвитку сім'ї

▪

1. Сім'я - особливий простір, в рамках якого формується, розвивається і проявляється особистість. Сім'я чутливо реагує на соціально-економічні, політичні та культурні процеси в суспільстві через зміну в системі сімейних відносин. У перехідні, кризові періоди в країні збільшується число проблемних сімей.

Сім'я - соціальний інститут, осередок суспільства, мала соціальна група спільно проживають і ведуть спільне господарство родичів (соціол. Визначення).

Сім'я - простір спільної життєдіяльності, всередині якого задовольняються потреби людей, пов'язаних родинними і подружніми узами (психол. Визначення). Це простір є складною динамічною структурою різних елементів (ролі, позиції, коаліції, підсистеми, взаємодії тощо.)

Сім'я функціонує на основі двох протилежних законів, службовців рушійною силою її розвитку: закон гомеостазу - прагнення системи до збереження свого становища, прагнення залишитися в даній точці розвитку, прагнення до стабільності) і закон гетеростаз (прагнення до розвитку і змін, неминучість проходження циклів розвитку).

Типологія сімей:

1. Нормальна сім'я - забезпечує членам сім'ї необхідний мінімум добробуту, задоволення потреб, соціальний захист, умови для соціалізації дітей до досягнення ними зрілості.

Аномальна сім'я не забезпечує ці вимоги.

2. Ідеальна сім'я - нормативна модель сім'ї, яка приймається суспільством і відбивається в колективних уявленнях та культурі. Бажаною нормою сімейного життя є «тиша й гладь» - стабільна сім'я з хорошими відносинами і задоволеністю всіх членів. Насправді сімейної нормою є ситуація, коли індивід не цілком задоволений своєю сім'єю, постійно стикається з незадоволеністю в будь-якій її сфері, коли в родині є розбіжності і конфлікти, а стабільність знаходиться під загрозою.

Реальна сім'я - конкретна сім'я як група і об'єкт дослідження.

3. За власності подружжя до певної соціальної спільності (національність, соціальний шар, рівень освіти, вік, релігія):

- ендогамія - шлюб між чоловіком і жінкою однієї соціальної групи або спільності. У найвищих і найнижчих соціальних шарах існує жорстка ендогамія.

- екзогамія - один з партнерів з іншого соціальної спільності. Проблема: труднощі в ухваленні чужої ідеології, системи цінностей, способу життя.

4. За кількістю шлюбних партнерів:

- моногамія - шлюб між однією жінкою і одним чоловіком. Переважна форма шлюбу. Виникла з економічних причин у зв'язку зі спадкуванням майна по батьківській лінії. - полігамія - кілька партнерів (полігамія - багатоженство, поліандрія - декілька чоловіків). Породжує ревності і суперництво.

- серійна моногамія - послідовна полігамія, повторні шлюби.

5. За юридичному оформленню: офіційно - зареєстрований шлюб, цивільний шлюб, гостьовий шлюб.

6. За структурою влади в сім'ї:

- традиційна патріархальна сім'я - чоловік - глава сім'ї, дружина залежна від чоловіка, а діти від батьків. Авторитарність в стосунках. Вшанування літнім людям. У чоловіків більше прав, ніж у жінок. Чоловік розпоряджається фінансами, визначає коло спілкування, приймає рішення, звільнено від господарських справ. Побут і виховання дітей на дружині. Дружина служить чоловікові, поселяється в його будинку. Сини живуть у батьківській хаті, отримують спадок, дочки йдуть до чоловіків;

- традиційно матриархальна сім'я - влада знаходиться у жінки, материнське родоісчислення, фемінізація чоловіків, маскулінізація жінок;

- неопатріархальна сім'я - стратегічний і ділової лідер - чоловік, тактичний і емоційний - дружина (чоловік заробляє гроші, дружина витрачає). Чоловік задає стиль життя, характер відносин, норми і цінності, дружина їх реалізує. Батько для дітей - авторитет, зразок для наслідування, мати - створює психологічний клімат і дає емоційну підтримку;

- неоматріархальна - протилежне розподіл;  
- егалітарна - симетричний шлюб, повне рівноправність чоловіка і жінки в усіх питаннях, спільне прийняття рішень, ведення господарства, взаємозамінність і співробітництво. Діти теж рівноправні члени сім'ї.

7. За кількістю поколінь в сім'ї;

- однопоколенна;  
- нуклеарна, ядерна (батьки і діти);  
- многопоколенна.

8. За наявності батьків: повна, неповна (материнська, батьківська). квазінеполна (вітчим, мачуха), змішана.

9. За кількістю дітей: бездітна, малодітна, середнетної (2-3 дитини), багатодітна (більше 3 дітей).

10. По пріоритетам:

- детоцентрована;  
- супругоцентрована;

11. За якістю сімейного життя:

- нормально функціонує і дисфункціональна (щодо виконання функцій);  
- благополучна і неблагополучна (станом психологічного комфорту);  
- зріла і проблемна (щодо способів вирішення проблем);  
- по задоволеності подружжя: обидва задоволені, один задоволений, іншої немає, обидві не задоволені.

Суб'єктивна цінність сім'ї визначається тим, наскільки існуючі в ній відносини дозволяють відтворювати емоційно значущі для людини ситуації, які дозволяють переживати бажані і звичні стани як позитивні, так і невротичні (гнів, образи, провини, страх). Сім'ї, в яких задовольняються невротичні потреби особливо міцні. Цінність сім'ї залежить від ступеня задоволення в ній потреб (в т. ч. і невротичних) членів сім'ї.

Фактори успішної сім'ї та шлюбу:

1. Стабільність шлюбу (сім'ї) - ступінь збереження і стійкості шлюбу, його міцність, відсутність розлучення. Стабільність буває юридична і реальна. Фактори, що впливають на стабільність сім'ї: об'єктивні (державна політика, економічна ситуація, наявність житлоплощі, рівень сімейного бюджету, безробіття та ін.); суб'єктивні: готовність до сімейного життя, потреби, інтереси, цінності і їх збіг у подружжя, моделі сім'ї у подружжя і можливість їх об'єднання, моделі ролі поведінки і міжособистісних взаємодій, стиль життя.

2. Задоволеність шлюбом - психологічна категорія, внутрішня суб'єктивна оцінка, ставлення подружжя до власного шлюбу. Складається як результат збігу очікувань і уявлень про сім'ю (шлюб) і реальних відносин. Стабільні шлюби не завжди корелюють з рівнем задоволеності. Крива задоволеності шлюбом залежить від сімейного стажу, мінімальна задоволеність спостерігається в період від 12 - 18 років спільного життя. Працюючі жінки більше задоволені шлюбом, ніж домогосподарки, чоловіки більше, ніж жінки. Найвища задоволеність шлюбом спостерігається в сім'ях, де чоловік і дружина мають такі самі навантаження. Шлюб по любові збільшує ступінь задоволеності. У жінок спостерігається низький рівень збігу образу ідеального чоловіка з реальним, у чоловіків, навпаки, високий. Чоловіки, для яких головними життєвими цінностями є розваги та друзі менш задоволені шлюбом, а ті для яких - робота - більш.

3. Соціально - психологічний клімат у сім'ї - інтегральна характеристика ступеня задоволеності членів сім'ї основними формами життєдіяльності сім'ї, стилем спілкування і характером відносин. Параметри: задоволеність психологічною атмосферою, частотою і формою спілкування, дозвіллям, міжособистісними відносинами, наявність психологічної підтримки та турботи, вміння вирішувати конфлікти.

4. Подружжя сумісність включає 4 рівня:

- фізіологічний: хімічна теорія любові говорить про флюїдах, які обумовлюють взаємне притягання; теорія О. Вейнінгера говорить про закон статевого тяжіння, при якому мужність і жіночність повинні поєднуватися в парі в ідеальному співвідношенні. Сексуальна сумісність включає в себе стиль сексуальної поведінки, особливості статури, реактивність організму, зовнішність партнера, форма еротичних ігор, мова кохання, рівень сексуальності;  
- рівень персональної сумісності - оптимальне поєднання особистісних особливостей, властивостей, темпераментів, характерів. Теорія Р.Вінга про взаємодоповнюваності (комплементарності) якостей і властивостей (холерик - флегматик, сангвінік - меланхолік, розумовий - емоційний тип, сенсорний - інтуїтивний за Юнгом, домінантність - покірність, товарищескість - замкнутість, відкритість - закритість, теплота - холодність, сміливість -

боязкість) в успішних союзах. Однакові характери і темпераменти не сумісні, викликають сильне стомлення один одним і роздратування. Психологічна несумісність призводить до невротизації особистості, корекція можлива тільки спочатку подружжя;

- рівень сімейно - побутової сумісності - рольова сумісність, сумісність взаємодій, співпраця при виконанні сімейних функцій, уявлення подружжя про ролі та обов'язки в сім'ї, моделі сім'ї;
- духовна сумісність - сумісність моральних установок, цінностей, очікувань, цілей, установок, способу життя.

Успішна сім'я вмiє вирішувати проблеми, конфлікти і розвиватися. Фактори: iзменченiе i замiннi ролi, немає коалiцiй i зв'язкiв, спрямованих на iнших членiв сiм'ї, свобода об'єднання i вiдокремлення, рiвний розподiл вiдповiдальностi та обов'язкiв мiж усiма членами сiм'ї, колегiальне рiшення проблем i конфлiктiв, сформованiсть субсистему i встановлення проникних кордонiв, автономiя вiд родичiв, вiдкрите конгруентне спiлкування, обмiн почуттями та емоцiями будь-якої модальностi, умови для розвитку членiв сiм'ї, взаємна пiдтримка

## 2. Теорії вибору шлюбного партнера

Теорії вибору шлюбного партнера.

Мотив вибору шлюбного партнера згідно з дослідженнями: любов - 50% жінок, 39% чоловіків; спільні інтереси - 28% жінок, 26% чоловіків; вiдхiд вiд самотностi - 15% жiнок, 5% чоловiкiв; бажання мати дiтей - 7% жiнок, 4% чоловiкiв; матерiальне становище - 3% жiнок, 0% чоловiкiв.

1. Біологічні (інстинктивні) теорії вибору шлюбного партнера: інстинкт продовження роду змушує, починаючи з пубертатного періоду, шукати партнера протилежної статі. Протягом всієї історії людства вважалося бажаним довірятися у виборі партнера почуття любові. Статевий відбір в тваринному середовищі здійснюють самки, вони вирішують, хто з самців продовжить рід. Одного самця буває досить для запліднення багатьох самок. Кількість самців в популяції дорівнює кількості самок. Самки мають широкий вибір плідників. Для всіх стадних тварин характерна диспропорція - 4-5% самців запліднюють 80 - 90% самок. Серед самок тварин, що живуть парами, особливо серед птахів, поширена звичка запліднюватись до освіти пари - сім'ї від іншого самця. А з парою ведеться «господарство». У тварин певна частина самців виключається з процесу розмноження. \_Поскольку самці народжуються в надмірній кількості, їх популяційна цінність знижується в порівнянні з самкою, що закріплюється в інстинктах поведінки самок - піклуватися про себе і вимагати турботи від самця. Інстинктивно самець прагне до максимально частій зміні самок, що б побільше запліднити. Самець з точки зору біології не повинен обмежувати свою статеву експансію. Інстинктивна мета шлюбного поведінки самця (чоловіки) - поиметь більше різноманітних жіночих тіл. Самка (жінка) прагне знайти одного найбільш високорангового самця, який забезпечить їй здорове потомство, для цього у неї повинен бути вибір. Інстинктивно самка бажає сподобатися якомога більшій кількості самців, з яких вона змогла б зробити вибір. Мета самки - привернути до себе багатьох, але підпустити одного. Сексуальний акт для неї не мета, а побічний ефект процесу спокушання. При виборі партнера інстинктивно чоловіки прагнуть до кількості, а жінки до якості. У самців має місце внутригруповая ієрархія - ранги самців: альфа - самець - високорангові особина, їх в популяції 10 - 20%; омега - самець - низкорангових особина. Самці інстинктивно постійно борються між собою за підвищення і збереження свого рангу. Ранговий потенціал самця включає в себе: поведінка - перевага (впевненість, нахабство, домінування), відмітна ознака, рівень конфліктності - здатність виносити напруга і боротися за місце під сонцем. Кожна самка за цими ознаками намагається роздобути високорангового самця (той, хто має найбільше число спарювань) і не підпускає низкорангового. Для чоловіка при виборі партнерки на першому місці стоїть новизна (інстинкт переваги свіжої крові, цікавість до нового і незвичайного партнера), на другому - фізична привабливість і доступність, на третьому - примативність - ступінь домінантності інстинктивних моделей поведінки по відношенню до розумовим (жінки з високим рівнем примативності живуть почуттями і інстинктами, чим вище примативність, тим нижче культура і виховання). Самцеві не потрібно вибирати самку, йому потрібні всі самки без розбору.

2. Психоаналітичні теорії - любов - [перенесення](#), партнер вибирається за образом і подобою батька протилежної статі. Вибір партнера детермінований в минулому досвіді. Партнери взаємно відреагують минуле і намагаються вирішити невротичні конфлікти. Люди схильні вибирати партнерів по невротичних механізмам для того, що б відтворити:

- модель батьківської любові, сім'ї, сформувати відносини які були між батьками;
- модель свого положення серед сiблiнгiв;



- інфантильні ситуації і дитячі конфлікти з батьками;
- травматичний досвід;
- незадоволені потреби.

Теорія англ. психоаналітика Боулбі. Потреба в близькості - базова потреба дитини, якщо вона не задовольняється, то навіть в присутності матері дитина перестає відчувати себе в безпеці. Тільки при почутті безпеки (складається в перші три місяці) дитина поступово збільшує відстань і час, на яке він спокійно відпускає мати. Почуття безпеки і ступінь задоволення потреби в близькості визначає характер прихильності дитини до кінця першого року і в подальшому житті. М. Ейнсфорт виділили три типи прихильності дитини до матері і характер прихильності в дорослому житті:

1. Уникати прихильності (21, 5% людей) - вихід і прихід матері не викликають у дитини емоційної реакції, дитина не шукає контакту з матір'ю, не йде на контакт, коли з ним заграють. Теж проявляється і в житті в інтимних відносинах.
2. Безпечна прихильність (66%) - в присутності матері дитина відчуває себе комфортно, коли вона йде, він відчуває тривогу, розбудовується, при поверненні заспокоюється, шукає контакту.
3. Амбівалентна прихильність (12,5%) - навіть в присутності матері дитина відчуває тривогу, при її відході тривога збільшується, коли вона повертається, дитина прагне до неї, але контакту пручається, тікає і ховається.

Теорія вибору партнера Г. Юнга (робота «Шлюб як психологічні відносини»).

Аніма - внутрішня жінка у чоловіка, його почуття, душа. Коли в чоловіка є зв'язок зі своєю Анімою він натхнений, закоханий, творчо налаштований. При її відсутності - відчуває тугу, порожнечу, відсутність життєвих сил, втрату душі, Якщо чоловік зустріне жінку, активізують його Аніму, він відчуває непереборний потяг до неї. Одержимість Анімою - некеровані емоційні реакції, істеричність, сентиментальність, перепади настрою. Чоловік проходить 4 стадії розвитку Аніме, яка впливає на вибір партнерки:

- 1) Єва - материнський образ, образ безумовної любові, турботи, безпеки, самовідданості, прощення Чоловік з такою Анімою повністю знаходиться у владі жінки, стає її жертвою, відчуває сильну прихильність, але не відчуває сексуального потягу.
- 2) Олена Троянська - образ жіночої сексуальності. Під її впливом чоловік стає нерозбірливим, невибірково, одержимим сексом, сексуальними перемогами. Романи швидко закінчуються, поведінка Дон Жуана, підліткове сексуальну поведінку.
- 3) Марія - символ дружби і релігійності, любов до ближнього. На цій стадії відбувається поділ любові і похоті (любить одну, а сексуальний потяг відчуває до іншої). Здатність любити жінку і підтримувати тривалі відносини, зберігати вірність.
- 4) Софія - мудрість, любов до істини, зв'язок свідомості і несвідомого, пошук сенсу життя, духовний розвиток, жінка не потрібна як сексуальний партнер, тільки як Муза - натхненниця. Психологічна криза у чоловіка виникає при переході від однієї стадії до іншої.

Анімус - внутрішній чоловік в несвідомому жінки, її несвідомий розум. Одержимість Анімусом - каструють жінка, зв'язок з Анімусом - підприємливість, практичність, продуктивність, мужність, відсутність - безвольність, легковажність, неможливість приймати рішення, робити висновки, вчитися. Стадії становлення жінки (розвитку Анімуса):

- 1) Культурист (жеребець) - символ фізичної чоловічої сили, мета жінки - народжувати дітей, партнер потрібен для запліднення, сильний самець.
- 2) Батько - глава сім'ї, захисник і годувальник, на цій стадії жінка прагне до незалежності і кар'єрі.
- 3) Логос - символ розуму і пізнання, любов до Вчителя, Авторитету, харизматичному лідерові. Провідна діяльність жінки - пізнання, навчання, розвиток, особистісний ріст, творчість.
- 4) Гермес - вісник богів, зв'язок свідомості і несвідомого, прагнення до духовності, чоловік не потрібен, потрібен однодумець.

Міжособистісне спілкування чоловіка і жінки є складним і заплутаним взаємодією жіночого і чоловічого Его з одного боку, і Аніме з Анімусом, з іншого. Жінка проектує свого Анімуса на чоловіка і якщо йде збіг - утворюється зв'язок, то ж відбувається і в чоловіка. У шлюбі партнери виконують різні функції: один - психологічного контейнера (відчуває обмеження, несвободу, шукає полегшення за межами шлюбу), інший - вмісту цього контейнера (емоційно живе в шлюбі повністю, поза шлюбом немає ні захоплення, ні турбот).

3. Теорія комплементарних потреб (Р. Уинч) - вибір партнера відбувається на основі взаємності - задоволення потреб (в т. Ч. І невротичних) одного задовольняє потреби іншого. У одного потреба в домінуванні, в іншого - в підпорядкуванні. Енергійна жінка і пасивний чоловік.
4. Концепція фільтрів (Керкгофф - Девіс) - будь-які відносини проходять через ряд фільтрів,

психологічний зміст яких змінюється в залежності від типу відносин і етапу їх розвитку. Якщо фільтр не пройдений - відносини розпадаються.

5. Теорія «Стимул - цінність - роль» Мурштейна. Пари проходять в своїх відносинах стадії задоволення визначених потреб. На стадії стимулу партнери оцінюють один одного по зовнішній привабливості і поведінки, значення мають оцінки оточення. Якщо стадія стимулу пройдена, настає стадія - цінності: з'ясовується, чи влаштовують партнерів цінності, інтереси, смаки, потреби один одного. Третя стадія - перевірка ролей - наскільки сумісні партнери в своїх ролях: мати - син, підлеглий - керівник, це обумовлює сумісність характерів.

6. Інструментальна теорія Р. Сентерс - людину тягне до того, чиї потреби схожі з його власними.

### 3. Функції сім'ї

Зміст життєдіяльності сім'ї може бути зрозуміле через опис її функцій. Виконання цих функцій забезпечується рольовим співпрацею всіх членів сім'ї, але, перш за все подружжям. Функція - це діяльність членів сім'ї, спрямована на задоволення їх потреб. Сім'я дозволяє задовольняти потребу в символічному продовженні життя після смерті в дітях (через народження дітей долається страх смерті і небуття). Сім'я дає можливість отримання тілесного та емоційного досвіду злиття з іншою людиною, задовольнити потребу в любові і близькості. За Е. Берну потреби, які можуть бути задоволені в просторі сім'ї наступні: 1) потреба у визнанні (задовольняється за рахунок «погладжувань», голод за визнанням задовольняється в атмосфері інтимності і емоційної близькості); 2) потреба в структуруванні часу (структурний голод, нудьга задовольняються при спільній діяльності, психологічних іграх, розвагах, близькості, ритуалах (спільні свята), проведення часу (вихідні на дачі). Сім'я дозволяє задовольняти потреби, що лежать в основі розвитку особистості по А. Маслоу :

1. Фізіологічні потреби - територія спільного проживання, будинок, побут, матеріальне становище, секс.

2. Потреба в безпеці та захисті - сім'я забезпечує стійку середовище проживання, надійність, стабільність соціального стану, руйнують безпеку: сварки, зради, розлуки, розлучення, смерть членів сім'ї.

3. Потреба в приналежності і любові - перший досвід емоційної близькості й прихильності, приналежності до групи людей людина отримує в сім'ї. Умови формування почуття приналежності до сім'ї - створення відносин інтимності, довіри, підтримки за рахунок особливого типу сімейної комунікації (своя мова, свої таємниці, імена). Почуття будинку - місце, де людину чекають, люблять, приймають таким, яким він є, підтримують і захищають.

4. Потреба у визнанні (повазі, успішності). Сама наявність сім'ї говорить про соціальної успішності людини. Визнання пов'язано з відчуттям своєї корисності, потрібності, значущості в сім'ї, можливістю впливу на сім'ю в цілому.

5. Потреба в самоактуалізації, особистісному зростанні і розвитку. Батьки реалізують себе у вихованні дітей, діти розвивають свої здібності в сім'ї і за допомогою сім'ї.

Проблеми в сім'ї виникають тоді, коли основні потреби кого-то з членів сім'ї не задовольняються; не узгоджуються потреби різних членів сім'ї; способи задоволення потреб взаємовиключаються; потреби одного члена сім'ї здаються надмірними іншому; хто - то існує за рахунок інших.

Функції сім'ї:

1. Репродуктивна - біологічне відтворення суспільства, задоволення потреби в дітях.

2. Виховна - соціалізація молодого покоління, задоволення потреби в батьківстві, самореалізація в дітях.

3. Господарсько - побутова - підтримка фізичного здоров'я членів сім'ї, отримання побутових послуг одна від одної.

4. Економічна - отримання матеріальних засобів і благ одних членів сім'ї від інших.

5. Первинний соціальний контроль за дотриманням моральних і соціальних норм, санкції за порушення.

6. Емоційна - отримання психологічної підтримки, турботи, емоційної захисту, любові, визнання, вираження почуттів і емоцій, угамування сенсорного голоду. Психотерапевтична функція - розуміння і прийняття, зняття стресових станів, відновлення емоційно - енергетичних ресурсів за рахунок комфортності сімейного спілкування.

7. Сексуальна - задоволення сексуальних потреб подружжя.

8. Дозвільна - спільне проведення часу, свята, подорожі.

9. Духовне спілкування - взаємозбагачення та розвиток.

10. Підтримка соціального статусу.

Сім'я має пріоритетні функції, як правило, вони йдуть з сім'ї батьків. У мотивації сім'ї існує 4 провідні функції - цілі:

- господарсько - побутова - будинок «повна чаша»;

- морально - психологічна - головне психологічний клімат в родині, що б всі були разом, що б всім було добре, члени сім'ї - друзі, супутники, однодумці (сім'я - психологічна віддушину);

- батьківська - детоцентрована сім'я;

- інтимно - особистісна - головне любов і вірність.

Залежно від того, яка функція є провідною формується сімейний уклад - усталений порядок, пристрій сімейного життя, то, що об'єднує людей в сім'ю. На його основі формуються цілі, пред'являються вимоги до членів сім'ї та санкції за порушення

## 4. Життєвий цикл сім'ї та родинні кризи

Життєвий цикл сім'ї

Цикл - кругообіг протягом якого - то проміжку часу, закінчений ряд явищ. Кожен життєвий цикл сім'ї має свої цілі, завдання розвитку і проблеми, які необхідно вирішити. При неможливості вирішення завдань розвитку певного циклу, сім'я залишається стирчати на даній стадії і не розвивається далі. Перехід від однієї стадії до іншої веде до кризи сім'ї. Завдання психолога - допомогти подолати кризу і знайти нові сенси, для цього необхідно вирішити завдання розвитку сім'ї на даному етапі. Класифікації ЖЦС бувають за стадіями батьківства, по зміні функцій, структури сім'ї, способів внутрішньої комунікації.

1. Дошлюбний період - вибір партнера, дошлюбне залицяння, укладення шлюбу. Завдання: навчитися встановлювати близькі інтимні стосунки; навчитися ритуалу залицяння (статеворольової поведінки); опанувати власною сексуальністю; визначення власного способу проживання. Для того, що б навчитися встановлювати близькі стосунки підліток повинен послабити емоційний зв'язок з батьками. Перша внесемейна прихильність - дружба з однолітками. Після дружби починається залицяння - статево-рольові відносини в підліткових групах змішаного типу, яке переходить в парне взаємодія (мотив спілкування у хлопців - секс, у дівчат - еротика). Сексуальна поведінка в пубертаті носить експериментальний невибірний характер. У дошлюбний період необхідно навчитися контролювати свої сексуальні імпульси, зв'язати секс з почуттями.

2. Шлюбна пара в момент утворення без дітей. Мета - утворення сім'ї. Завдання: відділення, диференціація від батьківської сім'ї, формування власної моделі сім'ї, стратегій взаємодії та комунікацій, розподіл обов'язків, встановлення меж спілкування з друзями і родичами, вирішення конфлікту між особистими і сімейними потребами.

3. Сім'я з маленькою дитиною. Мета - народження дітей. Завдання: реорганізація структури сім'ї, забезпечення зростання і безпеки дитини, догляд за ним, розподіл нових обов'язків, узгодження особистих і сімейних цілей.

4. Сім'я з дитиною школярем. Мета - соціалізація дитини. Завдання: перерозподіл обов'язків, допомога дитині в навчанні та соціалізації.

5. Сім'я з дитиною підлітком. Мета - перебудова владних відносин з дитиною. Завдання: перерозподіл автономії і контролю між дитиною і батьками, зміні типу батьківської поведінки і ролей, підготовка психологічного догляду дитини з сім'ї. Відносини батьків з підлітком можуть стати або товариські, або конкуруючі.

6. Догляд дитини з сім'ї. Мета - сепарація дитини від сім'ї. Завдання: коректний догляд дитини з дому, створення власної сім'ї, народження онуків, перегляд подружніх відносин.

7. Пізній вік. Мета - адаптація до припинення професійної діяльності та соціальної активності, взаємодопомога і турбота.

Стадії розвитку подружніх відносин:

1. Симбіоз - накал почуттів, сильний вплив, взаємопоглинання, відмінності не помічаються, ідеалізація партнера, високий ступінь турботи один про одного, вимоги мінімальні, спілкування приносить задоволення. Мета - освіту прихильності. Якщо пара залишається на цій стадії більше року, союз стає дисфункціональним.

2. Диференціація. Втрата «раю», у партнерів виникає бажання розширити свої внутрішні кордони, охолодження почуттів, відчуження, помічаються відмінності, виникає розчарування, бажання побути наодинці, щоб зрозуміти «хто Я?». Поділ кордонів: ти - це ти, а я - це я. Мета - диференціація.

3. Практикування. Енергія і почуття направляються на зовнішній світ, на діяльність та відносини, які пов'язані з партнером, концентрація на собі самому. Виникають нові знайомства, захоплення. Мета - придбання автономії, незалежності, індивідуалізація. «Я» стає важливіше близьких відносин.

4. Відновлення близьких відносин. Знову з'являється потреба у партнері, близькості і підтримки після того, як кожен реалізував себе в зовнішньому світі. Виникають вразливість, вразливість, бажання постійності, конфлікти чергуються з примирення.

5. Взаємозалежність. Виникає глибока прихильність і взаємна турбота до реальної людини, а не ідеалізованому образу.

Пара відчуває труднощі, коли подружжя проходять стадії несинхронно, а в різний час.

Стадії розвитку подружнього Холона:

1. Стадія дошлюбних стосунків (до 9-12 місяців) - ейфорія, сильний статевий потяг, ідеалізація партнера.

2. Конфронтація. - руйнування ідеального образу партнера, виникнення конфлікту розбіжності очікувань і реальності.

3. Компроміс - примирення.

4. Стадія зрілого шлюбу - стабільність відносин.

5. Стадія кризи середини життя - експериментування з незалежністю, бажання вийти за рамки сценарію, хочеться змін, рутини.

6. Стадія ренесансу подружніх відносин.

## 5. Типологія сімейних проблем

Проблемна сім'я - сім'я, яка не здатна продуктивно вирішувати завдання розвитку на тій чи іншій стадії життєвого циклу. Наприклад, молода сім'я не вирішила проблему диференціації від батьківської сім'ї, сім'я з маленькою дитиною не може вирішити питання відповідальності. Або сім'я, перед якою виникли особливо важкі життєві ситуації, які можуть завдати удар по її стабільності.

Кризова сім'я - сім'я, де протистояння інтересів і потреб подружжя носить особливо різкий характер і захоплює важливі сфери життєдіяльності родини, а співвідношення між позитивними і негативними емоціями завжди на користь останніх ..

Дисфункціональна сім'я - сім'я недостатньо або зовсім не виконує сімейні функції, або хто - то з членів сім'ї поводить дезадаптивної.

Неблагополучна сім'я - сім'я, яка характеризується низьким станом психологічного комфорту внутрісімейного простору, не задовольняє емоційні потреби членів сім'ї (потреби в любові, близькості, теплі, підтримки). Неблагополучні сім'ї бувають двох типів:

- нарцисична сім'я - зовні нормальні відносини, конфліктів і скандалів немає, обов'язки виконуються, але відсутні почуття і емоції у відносинах. У сім'ї немає тепла, щирості, турботи, живуть разом чужі люди, кожен сам по собі. Ворожі почуття придушуються. У такій сім'ї можливі депресії, соматичні захворювання, невротизація дітей;

- мазохистическіе сім'я - почуттів і емоцій в надлишку, багато конфліктів, скандалів, ревнощів, претензій, розмовляють на підвищених тонах, то сходяться, то розходяться. Ворожі почуття вихлюпуються один на одного з найменшого приводу. У таких сім'ях, виникають неврози.

Латентний сімейне порушення - це таке порушення, яке не робить істотного негативного впливу на життя сім'ї в звичайних умовах, проте відіграє значну роль у важких життєвих ситуаціях, визначаючи нездатність сім'ї їм протистояти. У стресових ситуаціях характерною для сім'ї ступеня взаєморозуміння, прихильності і стресостійкості виявляється недостатньо. У сім'ях, де ЛСН відсутня, виявляється можливою внутрішня мобілізація. Там, де латентний сімейне порушення є в наявності, формуються різниця членів сім'ї в реакціях на проблему, глобальна сімейна незадоволеність, «сімейна тривога», почуття провини, непосильний напруга і різні психотравмуючі стану. Стрессова ситуація є фактором виявляє латентне сімейне порушення, яке може бути обумовлено двома факторами:

- особливостями внутрішньосімейних стосунків - порушення уявлень родичів про сім'ю і між подружжям, порушення міжособистісних комунікацій в сім'ї, порушення механізмів інтеграції родини, порушення структурно - рольового аспекту;

- індивідуально - психологічними особливостями членів сім'ї - сексуальна дисгармонія подружжя, психологічна, культурна і духовна несумісність.

Ознаки проблемних сімей (по С. Мінухін):

- заперечення існування проблем в сім'ї;

- недолік інтимності, близькості, відкритого спілкування;
- ригідні сімейні ролі;
- індивідуальність приноситься в жертву родині (індивідуальні потреби в жертву сімейним);
- межі «Я» членів сім'ї розмиті, відсутня диференціація;
- сімейні міфи не відповідають дійсності;
- конфлікти протікають в закритій формі;
- почуття придушуються і приховуються;
- відсутність гумору, оптимізму, спільного проведення часу;
- хронічна неприязнь членів сім'ї один до одного.

Типи проблемних сімей:

1. Сім'я з хворою дитиною (дитина стає єдиним стабілізуючим фактором).
2. Сім'я з порушеннями внутрішньосімейних комунікацій.
3. Сім'я в розлученні. Діти 3-6 років після розлучення батьків відчувають почуття провини і самоприниження; 7-8 років - злість і образу особливо на батька; 10-11 років - сором за сім'ю, комплекс неповноцінності; 13-18 - втрату, образу, але можуть з цим впоратися.
4. Неповна сім'я (сім'я «па-де-де» - у матері і дитини симбіотичні відносини, загроза розлуки викликає тривожно - фобічні розлади, фобію втрати).
5. Сім'я алкоголіків.
6. Повторний шлюб (В. Сатир називає такі сім'ї «змішаними», тому що в сімейному просторі присутні колишнє подружжя).
7. Сім'я з трьох поколінь - подружжя є «старшими» дітьми і знаходяться під опікою своїх батьків, кризи настають, коли «старики» вже не можуть виконувати свої обов'язки, а «старші» діти відчувають безпорадність і покинутість.
8. Сім'я з делегированими обов'язками - багатодітна сім'я, де старші діти виконують батьківські обов'язки, залишаючись при цьому в рамках дитячої підсистеми - виникає конфлікт.

Типи проблемних сімей за характером відносин:

1. «Спокійна сім'я» - немає щирих почуттів, негативні почуття придушуються, конфлікти не виявляються зовні, у відносинах переважають почуття обов'язку і відповідальність, блокування емоцій, відносини холодні, дистанці. Виникають нудьга, туга, депресії.
2. «Вулканічна сім'я» - емоції переважають над відповідальністю, часті сварки, бійки, з'ясування відносин, відходи - парафії, страждають діти від емоційних перевантажень.
3. «Сім'я - санаторій» - симбіоз членів сім'ї, немає диференціації, залежність, закритість від зовнішніх контактів, зовнішній світ сприймається як загроза сімейному щастю. Може бути, варіант, коли один член сім'ї об'єднує навколо себе інших членів сім'ї, вимагає тотального уваги і турботи і всі живуть його інтересами. Ні розвитку, пригнічена агресія проявляється в соматичних і психічних розладах.
4. «Сім'я - фортеця» - посилене відчуття «ми». Сім'я озброюється проти всіх, хто не входить в сім'ю, закритість від зовнішнього світу. Проекція ворожих почуттів один до одного на зовнішній світ, завжди знаходиться зовнішній ворог. Сильне домінування одного з членів сім'ї, вимогливість, жорсткі рамки, деспотія.
5. «Сім'я - театр» - демонстративний спосіб життя, гра на публіку, головне завдання - престиж сім'ї, почуття не показ, будинки - ворожість і холодність. У дітей формуються егоцентризм, істеричність, лицемірство.
6. Сім'я «третьій зайвий» - зайвим може бути дитина або чоловік, частіше батько, який емоційно відкидається. Коаліція симбіотическая. «Знехтуваний» стає носієм симптому сім'ї. У відкидала дітей формується залежність, неповноцінність.
7. Сім'я з кумиром - дитина стає головним чинником, який скріплює сім'ю. Нереалізовані в шлюбі почуття переносяться на дитину, який стає інфантильним, тому що батьки несвідомо не хочуть його дорослішання.
8. «Сім'я - маскарад» - кожен живе своїм життям, має своє коло спілкування, свої інтереси, плани. До дитини пред'являються різні вимоги, що формує у нього розщеплену самооцінку.
9. Сім'я з примарою - значимий член сім'ї помер або пішов, але його образ присутній у вигляді вищого морального авторитету, який у членів сім'ї породжує почуття провини і комплекс неповноцінності.
10. «Сім'я - акордеон» - сім'ї артистів - гастролерів, моряків, вербувальників. Член сім'ї значимий як джерело матеріального благополуччя довго відсутній. Повернення «Одісея» вносить напругу в звичний ритм життя. Сім'ї військових, які перекидаються з місця на місце, не мають свого будинку, для дітей це травма. Ознаки благополучної сім'ї:
  - близькість і підтримка між членами сім'ї; наявність почуття «ми»;
  - гармонійний подружній союз; вміння вирішувати сімейні конфлікти;

- Гнучка ієрархічна структура влади;
- чіткі сімейні правила, що враховують інтереси всіх членів сім'ї;
- сильна батьківська коаліція; чіткі міжсистемні і межпокоління кордону; відкриті зовнішні кордони;
- постійна зміна одних сімейних трикутників і коаліцій іншими;
- диференційоване «Я» членів сім'ї - здатність бути самим собою, мати свої власні інтереси, погляди, бажання;
- конгруентне спілкування без масок; вільне вираження почуттів і емоцій;

Типи сімейних криз:

1. Нормативні кризи - застрявання сім'ї на певній стадії розвитку, неможливість вирішення завдань даного циклу. В основі нормативних криз лежать особистісний та віковий кризи дорослих і дітей, які дестабілізують систему. Типи нормативних криз по В. Сатир:

Перший - зачаття, вагітність, народження дитини;

Другий - початок освоєння дитиною мови.

Третій - початок соціальних зв'язків дитини (йде в школу).

Четвертий - дитина - підліток.

П'ятий - доросла дитина залишає рідний дім.

Шостий - дитина одружується, в сім'ю входять нові люди.

Сьомий - клімакс у жінки.

Восьмий - зменшення сексуальної активності у чоловіка.

Дев'ятий - поява онуків.

Десятий - смерть одного з подружжя.

2. Ненормативні кризи викликаються негативними, стресовими, трагічними подіями, такими, що порушують стабільність сім'ї (розлучення, зрада, хвороба, втрата роботи, смерть, переїзд тощо).

3. Кризи подружніх відносин:

Перший криза виникає на першому році життя, причина - адаптація до нових умов життя, притирання характерів.

Другий - між 3 і 7 роком шлюбу, триває 1 рік. Причини: зниження сексуального потягу до партнера, зникнення романтичних відносин, побут, зміна ставлення та поведінки партнерів, зникнення ідеалізованого образу партнера.

Третій - між 17 і 25 роком подружнього життя. Причини: припинення сексуального життя, догляд дітей з сім'ї, зміна структури сім'ї, страх самотності, втома один від одного, тяга до новизни у відносинах, збільшення залежності, старіння, хвороби. На 17 - 18 році чоловіки переживають ситуацію «біс в ребро», вірогідні зради і зміна партнера.

## Поняття "сімейна психотерапія"

Сім'я є однією її найбільш кризових сфер життя сучасних людей і в той же самий час однією з найважливішою життєвою цінністю. Постійно збільшується кількість чоловіків і жінок, які не можуть знайти собі супутника життя відповідно до своїх очікувань, зростає кількість розлучень і неповних сімей. Сім'я як соціальний інститут зазнає істотних змін, виникають альтернативні способи існування: цивільний шлюб, гостьовий шлюб і життя без постійного партнера.

[Сімейна психотерапія](#) - комплекс психотерапевтичних прийомів і методів, спрямованих на лікування пацієнта в рамках сім'ї та за допомогою сім'ї, а так само на корекцію та оптимізацію міжособистісних стосунків у сім'ї, усунення емоційних розладів і сімейних симптомів. Клієнтом є вся родина. В сімейної психотерапії працюють з ядерної сім'єю (батьки і діти), розширеної родиною (три покоління родичів), гіперрасширеної сім'єю (перші дружини і чоловіки, коханки і коханці, друзі сім'ї, всі хто знаходиться в емоційних зв'язках з родиною.

Сімейні симптоми: неефективна структура сімейних відносин; неадекватні стратегії поведінки членів сім'ї; неефективні сімейні комунікації; відсутність почуттів і емоцій в сімейному взаємодії; зради; конфлікти, які не вирішуються; сімейні кризи.

Сімейний діагноз - виявлення в життєдіяльності сім'ї тих порушень, які сприяють виникненню і збереженню у одного або кількох членів сім'ї труднощів у повсякденному житті або нервово - психічних розладів, а також визначення тих психологічних особливостей сім'ї та її членів, від яких залежить корекція цих порушень і які потрібно враховувати при виборі методу надання психологічної допомоги.

Етапи сімейної психотерапії (16 - 20 годин):

1. Встановлення контакту. Приєднання терапевта до сім'ї, до її структури і ролям. Терапевт може зайняти будь-яку роль, приєднатися до будь-якого члену сім'ї або зайняти незалежну нейтральну позицію, все залежить від цілей і характеру проблеми.
2. Психодіагностика сім'ї. Встановлення сімейного діагнозу. Усвідомлення психотерапевтичних механізмів сімейної дисгармонії (де знаходяться порушення: в структурі, комунікаціях, рольовому взаємодії).
3. Реконструкція міжособистісних відносин, ліквідація сімейного конфлікту і дисгармонії. Емоційне відреагування членів сім'ї, групове обговорення, пошук ресурсів, пошук спільної мови.
4. Реалізація нових міжособистісних відносин, перевірка на практиці нових ролей і взаємодій (від тижня до місяця). Підтримка терапевта. Сімейне консультування - процес психологічної допомоги сім'ї в розумінні того, що відбувається в їхньому життєвому сімейному просторі, вирішення актуальних сімейних проблем. Завдання - аналіз конкретної сімейної ситуації і пошук можливих рішень актуальних проблем.

Етапи сімейного консультування:

1. Встановлення контакту з сім'єю. Скарга. Вислуховування всіх членів сім'ї при збереженні нейтральності терапевта.
- 2 Збір інформації. Уточнення проблеми. Консультант і члени сім'ї повинні досягти однакового розуміння сімейної проблеми. Питання «Що?» Описує когнітивний аспект проблеми, питання «Як?» Виявляє почуття і емоції, питання «Чому?» Показує, яким чином людина пояснює собі походження проблеми.
3. Визначення цілей консультування. Складання контракту (між терапевтом і клієнтом і між подружжям про неприпустимість розлучення під час консультування). Необхідно уточнити наступні питання: що є для сім'ї результатом роботи, як вони розуміють, що результат досягнутий.
4. Розробка альтернативних рішень проблеми. Варіанти можна програти на сеансі, будинки протягом певного часу і зафіксувати результат.
5. Узагальнення результатів, підведення підсумків.

## 2. Історія та сучасний етап розвитку сімейної психотерапії

В кінці 19 ст. І. В. Маляревський в Петербурзі опублікував роботу «Про сімейної діагностиці та лікуванні різних психічних розладів» (1886 г.), займався проблемою взаємин в сім'ї, проводив сімейне лікування різних психічних розладів. У 1882 р в Петербурзі він заснував лікарсько - виховний заклад для психічно хворих дітей і підлітків, де основну увагу приділяв діагностиці взаємин у сім'ї психічно хворих, ролі дисгармонічного виховання в формуванні психічних розладів. З родичами хворих дітей проводив «сімейне виховання» - прообраз сімейної психотерапії. Маляревський вважається основоположником сімейної психотерапії в Росії і одним з перших її засновників в світі. В даний час у вітчизняній психології поки ще не створена своя власна технологія по роботі з сімейними проблемами, тому ніші психотерапевти користуються американськими і західними моделями, які не завжди виявляються пристосованими до нашого менталітету.

Перша модель СПТ виникла з аналізу З. Фрейда випадку маленького Ганса, який страждав нав'язливим страхом коней. [Сімейна психотерапія](#) виникла в 50 - ті роки ХХ століття, коли психотерапевти (Джей Хейлі, М. Боуен) різних напрямків почали шукати причини шизофренії і анорексії в порушенні сімейних відносин. Джей Хейлі в 60-і роки став першим літописцем по СПТ, сформулював початкові положення теорії СПТ, пояснив зв'язок симптомів з внутрісімейними відносинами.

В даний час найбільш поширеними є такі моделі сімейної психотерапії:

1. Психодинамічна СПТ - 25% сімейних ПТ;
2. Поведінково - бихевиористической СПТ;
3. Системна СПТ (60% ПТ), в яку входять:
  - гештальт - підхід;
  - стратегічна модель СПТ Джей Хейлі;
  - структурна модель СПТ Сальвадора Мінухін;
  - теорія сімейних систем Мюррея Боуена;
  - комунікаційна модель СПТ Вірджинії Сатир;
  - символічний підхід Карла Вітакера;
  - парадоксальна СПТ Мара Палацолі;
  - трансгенераційна СПТ.

Основна боротьба і взаємопроникнення в СПТ відбувається між двома підходами, які мають різну фокусування уваги - на особистість або на сім'ю в цілому. Психодинамічний підхід фокусується на окремому особистість, а сім'ю розглядає як середовище, з якої пацієнт повинен впоратися. Акцент робиться на біографічному матеріалі, минулому досвіді, діагнозі, афекту, травмах, конфліктах і інсайті. Системний підхід пропонує фокусуватися на сім'ї в цілому і на цьому взаємодії членів сім'ї. Індивід, який створює проблему в сім'ї, є носієм сімейного симптому і ідентифікованим пацієнтом, що відображає дисфункцію всієї сімейної системи. Класифікація моделей СПТ по Леванту:

1. Підходи, орієнтовані на сімейну історію (Аккерман, Фрідман, Сірлз, Берт Хеллінгера). Розглядають особистість всередині сімейної системи. Завдання - звільнення членів сім'ї від надмірної залученості у відносини з попередніми поколіннями, формування зрілих відносин з членами сім'ї батьків.
2. Підходи, орієнтовані на структуру або процес в сім'ї (С. Мінухін, М Боуен, Пегі Пеппі). Фокусування на поточних взаємодіях в сім'ї і їх зв'язок з симптомами або ідентифікованими пацієнтами. Завдання - реорганізація сімейної системи для усунення дисфункціональних комунікацій, що підтримують симптом.
3. Підходи, орієнтовані на процес переживання і особистісний ріст (К. Вітакер, В. Сатир). Засновані на екзистенційно - гуманістичних концепціях. Завдання - підвищення якості життя індивіда всередині сім'ї, інтенсифікація емоційного досвіду і переживань для особистісного зростання і самоактуалізації.
4. Інтегративні підходи, що поєднують риси всіх підходів (Дж. Зінкер гештальт - підхід).

### 3. Техніки сімейної психотерапії

Техніка сімейної терапії - комплекс прийомів і приписів, за допомогою яких здійснюється зміна сімейної системи з метою поліпшення її функціонування.

У сучасній психологічній літературі можна зустріти різні системи класифікації технік, що використовуються в сімейної психотерапії. Найбільш поширеним критерієм для створення класифікації являється цільове призначення техніки.



Р. Шерман, Н. Фредман виділяють наступні групи технік:

1. Социометрические техніки.
2. Структурні втручання.
3. Поведінкові техніки.
4. Техніки, засновані на використанні уяви (АРТТЕХНІКА, ас-соціативні експерименти, психодраматичні техніки і ін.).
5. Парадоксальні техніки.
6. Техніки організації бесіди у сімейної терапії.

## Тема 9. Основні методи сімейної психотерапії.

# 1. Психодинамічна модель сімейної психотерапії

Психодинамічна модель:

- ПДСПТ - терапія окремої людини, спрямована на усвідомлення і корекцію травматичного досвіду емоційних відносин з батьками;
- причини сімейних проблем знаходяться в батьківській родині;
- актуальні сімейні та подружні проблеми і конфлікти відтворюють дитячо - батьківські конфлікти подружжя, а також проблеми їх попередніх емоційно значущих відносин;
- великий вплив на сімейне життя надають відносини подружжя зі своїми батьками;
- ресурсом змін є здатність встановлювати зв'язок між минулими і справжніми відносинами і контролювати свої реакції і поведінку;
- люди несвідомо намагаються побудувати свої відносини відповідно до існуючих внутрішніми образами: психічними двійниками, несвідомим чином партнера, моделлю сім'ї, сценарієм життя, психологічними іграми;
- мета терапії - аналіз біографічного минулого, усвідомлення проблем у батьківській родині, травм, потягів, конфліктів, які повторюються в актуальному досвіді, відділення від минулого, реконструкція емоційного досвіду;
- техніки: психоаналіз.

# 2. Біхевіористична модель

Біхевіористична модель (С. Гордон, Н. Давидсон, С. Кратохвил):

- мета терапії - навчання ефективному поведінки членів сім'ї через методи підкріплення і обумовлення, перебудова сімейного взаємодії через поведінкові і когнітивні зміни. Акцент - на поточних взаємодіях в сім'ї, а не на минулому, на поведінці, доступному спостереженню. Мішень впливу: Діадичні відносини чоловік - дружина, батько - дитина, моделі поведінки, емоційні реакції, комунікації, проблеми;
- в основі лежить теорія соціального навчання (оперантне обумовлення поєднується з демонстрацією соціальних моделей поведінки): людина є продуктом середовища (сім'ї) і її творцем одночасно, поведінка і емоційні реакції детермінуються в процесі навчання;
- в основі сімейних проблем лежать неефективні патерни підкріплення, властиві взаємодії партнерів по шлюбу, а також батьків і дітей (наприклад, винагорода проблемної поведінки або осуд хороших вчинків). Причина сімейної дисфункції (конфлікти) - відсутність позитивного підкріплення в сім'ї, надмірне використання аверсивних стимулів (покарання) для управління поведінкою іншого. У кожної людини є своя система заохочення і покарання поведінки іншої людини, зрозумівши цю систему можна змінити поведінку;
- закон циркулярної сім'ї - всі події в родині підкоряються кругової, а не лінійної причинності (поведінка членів сім'ї взаємопов'язане, неможливо зрозуміти проблему одну людину без аналізу проблем інших членів сім'ї);
- теорія обміну: кожен індивід прагне в стосунках отримати максимум винагороди при мінімумі витрат, задоволеність у шлюбі отримують, коли винагорода перевищує витрати і навпаки;
- ознаки сімейної дисгармонії: члени сім'ї отримують мало позитивних підкріплень (позитивних емоцій), не задовольняються потреби членів сім'ї, нове поведінка не отримує підкріплення, порушення процесу обміну «брати і давати», позашлюбні джерела підкріплення і задоволення потреб.- принципи: 1) гіпотетичність (терапевт висуває гіпотезу, а потім перевіряє її на практиці через бесіду, інтерв'ю), 2) нейтральність терапевта;
- методи діагностики: операційний аналіз поведінки - спостереження поведінки членів сім'ї, фіксація частоти прояви окремих типів поведінки, завдання - переклад скарги в спостерігається поведінка; функціональний аналіз - відстеження послідовності подій за схемою: передісторія, результуюче поводження, наслідки поведінки, виявляє причини і обставини деструктивної поведінки;
- техніки: когнітивна перебудова (знайти хороше в поганому, подивитися з іншого боку), домашні завдання, самозвіт (реєстрація власної поведінки), створення позитивної атмосфери (через приємні спогади, акцент на тому, що подобається в партнері), «дні турботи один про друге», рефреймінг, поведінковий обмін (бажана поведінка одного підкріплює поведінку іншого, метод «маленькі сюрпризи», жетонная система), реактивація символів (відвідування

місце першого побачення), техніка дисоціації - ГТРМ емоцій від події, для цього расска викликають про подію від третьої особи, тренінг батьківських здібностей: мета - навчання батьків способам впливу на поведінку дітей з метою його зміни, домогтися зміни поведінки дітей можливо за допомогою підкріплення адекватної поведінки та ігнорування або покарання неадекватного; комунікативний подружній тренінг: мета - поліпшення комунікацій в сім'ї.

### 3. Системна модель

Системна модель СПТ

- Сім'я - динамічна емоційна система взаємопов'язаних між собою елементів. Система, як ціле більше, ніж сума її частин. Зміна одного елемента призводить до зміни всієї системи і інших елементів. Система складається з підсистем: батьківська, подружня, дитяча, чоловіча, жіноча.

- Мета - розвиток сім'ї як єдиної системи через зміни в підсистемах. Розвиток сім'ї - підвищення автономності її членів, зміна структури сім'ї, способів комунікації, стратегій поведінки членів сім'ї. Мішень впливу - сім'я як ціле.

- Принципи: терапевт приєднується до сім'ї на правах лідера, включає себе в структуру сім'ї, виникає терапевтична система, виробляє зміни в структурі.

До елементів сімейної системи, які утворюють модель сім'ї відносяться:

- 1) Структура сім'ї.
- 2) Структура сімейних ролей.
- 3) Сімейні правила.
- 4) Сімейні стандарти взаємодії.
- 5) Сімейні комунікації.
- 6) Сімейні міфи та історії.
- 7) Сімейні стабілізатори.

Структура сім'ї - це склад її членів, а також сукупність їхніх стосунків. Структура сім'ї показує:

- сімейну ієрархію - хто здійснює керівництво (визначає характер стосунків у сім'ї), хто є виконавцем, питання домінантності і підпорядкування. Структура сім'ї утворюється на енергетичних зв'язках господар - слуга (енергетичний коло, наприклад мати - батько - дочка - син - мати);

- підсистеми - сукупність ролей, які дозволяють родині виконувати свої функції. Підсистеми: батьківська, подружня, дитяча, жіноча, чоловіча. Члени сім'ї одночасно є елементами різних підсистем. Існують правила: не можна одночасно функціонувати в декількох підсистемах, інакше виникне конфлікт ролей (мати і дочка йдуть спокушати чоловіків, або син і батько йдуть до дівчаток). Мати емоційно наближає до себе сина, відгороджується від чоловіка і несвідомо сина робить чоловіком. Змішання підсистем: «Ти погано вчишся і батько твій теж негідник», в такому випадку критика не сприймається, батько і син консолідується проти матері;

- сімейні кордону (зовнішні - зв'язки з навколишнім світом) і кордони між підсистемами (внутрішні - зв'язку між підсистемами). Зовнішні кордони бувають відкритими (розмитими), коли будинок - прохідний двір і закритими (жорсткими) в будинку не буває гостей і родичів. Правило: кордону повинні бути проникними, а не жорсткими або розмитими. Розмиті межі (всі пхають всюди свого носа) породжують триангуляцію - використання третьої особи для вирішення конфліктів в підсистемі, наприклад в подружній конфлікт втягуються діти. Жорсткі кордону породжують слабку комунікацію або її відсутність (немає обміну інформацією) між підсистемами, наприклад батьки не цікавляться дітьми. Існує закон: жорсткі зовнішні кордони сім'ї породжують розмиті внутрішні і навпаки.

-Емоційна зв'язок - психологічну відстань між членами сім'ї: симбіоз, роз'єднаність, автономність;

- розподіл прав і обов'язків: хтось один тягне все на собі або рівномірний розподіл;

Структура сімейних ролей - негласні розпорядження норм і правил поведінки в сімейному взаємодії (що, як, коли, де треба робити) для членів сім'ї, очікування членів сім'ї та санкції за невиконання ролей. Наприклад, роль матері: приписи - турбота, виховання дітей, виконання господарських робіт, любов, підтримка. Роль батька - заробляння грошей, забезпечення сім'ї, захист. Сімейні соціальні ролі: мати, батько, чоловік, дружина, дочка, син, невістка, теща, свекруха, бабуся. Несоціальні ролі: господиня, коханка, сильний, слабкий, лідер, посередник, хворий, захисник, масовик - витівник. Невротичні ролі: принижений, козел відпущення, винуватий, жертва, кат, спокусник, хуліган.

Сімейні правила - права і обов'язки членів сім'ї, полегшують життя і взаємодія, наводять лад,

формують модель сім'ї. Правила бувають гласні і негласні, визначають, що в родині вважається прийнятним, а що ні, що добре, а що погано. Сімейні стандарти взаємодії - стійкі способи поведінки і певне емоційне ставлення один до одного (залякування, відкидання, звинувачення, запобігливість, захоплення, підтримка, турбота, відчуження, подшучивание) членів сім'ї. Стандарти взаємодії проявляються у вигляді циркулярної реакції взаємного емоційного зараження - передача емоційного стану на психофізіологічному рівні контакту (заразитися можна нудьгою, агресією, радістю, оптимізмом). Наприклад, дочка голосно вмикає музику - батько злиться і кричить на матір - мати на сина - син штовхає собаку - собака вищить - дочка ще голосніше вмикає музику - батько виходить з себе - скандал.

## 4. Стратегічна модель

Стратегічна [сімейна психотерапія](#).

Цей метод орієнтований на рішення проблем і усунення симптому, тому його називають «проблеморешающая психотерапія». Даний підхід характеризується надзвичайною увагою до деталей симптому і меншим інтересом до сім'ї, її зростання і благополуччя. Засновник - Джей Хейлі (США), йому належить термін «стратегічна СПТ», він пояснював зв'язок симптому індивіда з внутрісімейними відносинами. У 60 - х роках Джей Хейлі став першим літописцем по СПТ, його називають «бунтарем в психотерапії», він займався проблемами комунікацій і прийшов до висновку, що всі відносини є боротьбою за владу і контроль. Зіткнення аналітика і пацієнта - є боротьба за владу і контроль: «психоаналіз є шахрайство, де пацієнта зв'язують по руках і ногах, і єдиний спосіб вирватися - пройти психоаналіз, психоаналітик прагне здобути перемогу над клієнтом, поклавши його на лопатки (на кушетку)». За симптомами коштує не внутрішній конфлікт, а міжособистісні силові маневри, тому завдання психотерапії - змінити ситуацію на «фронті» через зміну поведінки. Девіантна поведінка дитини є протест проти владної і контролює матері. На своїх сеансах він брав на себе відповідальність за створення стратегії вирішення проблеми клієнта або сім'ї. Джей Хейлі разом з С. Мінухін створив в Філадельфії Інститут сімейного консультування, де навчалися сімейні терапевти .. Представники: Клу Маданес, Лінн Хоффман, Грегори Бейтсон, Мілтон Еріксон стояв біля витоків і розробляв різноманітні стратегії втручання, вважаючи, що існує широкий набір альтернативних рішень проблем. У 70 - ті роки ХХ ст. це було найпопулярніший напрям. Теоретичні передумови - загальна теорія систем і кібернетика.

Суть стратегічного підходу - розробка стратегій поведінки для вирішення проблем, так як зміни в сім'ї важливіше, ніж розуміння причин порушень. Найважливіше в психотерапії - змінити свої звичні правила, моделі поведінки, стереотипи, рішення, які приведуть до змін. Стратегічне втручання досить інтенсивне і короткочасне. Індивідуальні проблеми розглядаються як маніфестація сімейних. Психотерапевт атакує яке - небудь ланка сімейної системи, відповідальне за формування симптому, використовуючи циркулярну модель причинності і змінює стратегію поведінки її учасників. Завдання - змінити проблемно - підтримує поведінку членів сім'ї в їх взаємодіях. В основі розуміння розладів поведінки лежать дві теорії: молярна (описує загальні якості дисфункціональної сім'ї) і молекулярна (приватні проблеми стають проблемами з - за того, що з ними невміло звертаються, з мухи роблять слона).принципи:

- Висування гіпотез. Психотерапевти перед сесією обговорюють і висувають ряд гіпотез майбутніх терапевтичних втручань.
- циркулярний. Завдання з'ясувати характер взаємин членів сім'ї, а не їхні почуття. Кожен член сім'ї описує і коментує свої стосунки в сімейної диаде, а потім дає коментарі свого бачення третій член сім'ї.
- Нейтральність до всіх членів сім'ї. Всім членам сім'ї дається підтримка.
- Позитивна конотація симптомів. Симптоми розглядаються як механізми адаптації і спроба зберегти згуртованість сім'ї. Симптом насправді підтримує, а не руйнує сім'ю і є боротьбою за владу і контроль.
- Фокусування на симптом, навколо якого будується терапія.
- Проблемні сім'ї застряють на певному етапі життєвого циклу сім'ї та не можуть рухатися далі.
- Акцент на цьому взаємодії, куди входять 4 елемента:
  - симптом - характеризує не його носія, а способи взаємодії членів сім'ї між собою, передає повідомлення про міжособистісні стосунки у ній, виникає, коли людина емоційно застряє на будь - якій ситуації і не може з неї вийти. Симптом є метафоричне вираження проблеми, його вдається зрозуміти, беручи до уваги структуру владної ієрархії в сім'ї і метафори;

- метафора (в пер. Прийняття іншого способу) - мова симптому як вираз проблеми як самого носія так і інших членів сім'ї, включає в себе явний елемент (у мене болить голова) та прихований підтекст (я хочу уваги).
- ієрархія - розстановка сил в сім'ї, це піраміда, хто внизу, хто нагорі.
- влада має той, хто визначає характер стосунків у сім'ї, все взаємини - боротьба за владу і контроль. Коли людина робить повідомлення іншому, він дає команду, якщо команда виконується, то довший її утримує владу.
- Завдання психотерапії - реорганізація ієрархічної сімейної піраміди таким чином, що б батьки виявилися вищими дітей (встановлювали правила поведінки для дітей та санкції за їх невиконання, особливо в сім'ях, де є проблеми з дітьми).

## 5. Структурна модель

асновник Сальвадор Минухін, виходець з Росії, сім'я емігрувала до Аргентини, в 1950 р переїхав в США. Займався психосоматикою, розробив методи лікування анорексії і діабету. С. Минухін вважають батьком СПТ, т. К. Він узаконив її права в рамках психіатрії. Його називають «мачо» в психотерапії, владним, директивним терапевтом. Спочатку розробив триступеневу модель сімейної психотерапії:

- ступінь А - два терапевта зустрічаються з сім'єю;
- ступінь В - один працює з батьками, інший з дітьми;
- ступінь С - все об'єднуються і діляться тим, що дізналися.

Пізніше з'явилася структурна модель - опис структури сім'ї та розробка методів її перебудови. Завдання - зміцнення становища чоловіка в сім'ї, що б він взяв на себе відповідальність і контроль. Минухін на сеансі вступав в союз з батьком, провокував його на суперництво, що б потім передати йому владу.

Теорія. Основні поняття структурної моделі СПТ:

- структура сім'ї - стереотипи взаємодії членів сім'ї, що визначають її функціонування. Це територія сім'ї, на якій існують свої правила і система контролю за їх виконанням. Сімейна структура функціонує ефективно, коли правила діють, а поведінка членів сім'ї передбачувано.
- підсистема сім'ї (холони), що виконують свої функції і диктують стереотипи поведінки. У структурі сім'ї існує три підсистема:

- 1) подружня, функція - забезпечення взаємного задоволення потреб подружжя без шкоди для емоційної атмосфери і створення умов для особистісного розвитку. Це відбувається завдяки створенню кордонів, огорожувальних подружжя від родичів і дітей. У подружньому підсистемі діти бачать приклад як потрібно висловлювати почуття, любов і вирішувати конфлікти.
  - Порушення подружнього Холона - залучення до коаліції одним чоловіком дітей і родичів;
- 2) батьківська підсистема, може включати в себе дідусів, бабусь, нянь, функції - догляд і виховання дітей, проблеми пов'язані з управлінням;
- 3) дитяча підсистема, функції - вироблення норм соціальної поведінки та взаємодії через відносини з сиблінгами.

- Межі. Відносини між Холон регулюються межами трьох типів:

- 1) чіткі - дотримання автономії між підсистемами, ефективні комунікації з іншими підсистемами;
- 2) ригідні - відділення членів сім'ї один від одного або від соціуму, немає взаємодії між підсистемами, нікому ні до кого немає справи;
- 3) дифузні - психологічне злиття підсистему, немає меж між Холон, все втручаються в усі.- сімейні проблеми - порушення кордонів і відхилення від стереотипів звичної поведінки, яке викликає образу, почуття зради; вертикальні коаліції (люди різного віку, матір - дитина) дисфункціональні, горизонтальні коаліції (чоловік-дружина) - функціональні.

Терапія. Діагностика сім'ї видно по її розташуванню в просторі, хто з ким сидить поруч, хто проти кого, хто окремо. Цілі структурної СПТ:

- 1) створення ефективної ієрархічної структури, в якій батьки є авторитетом для дітей;
- 2) освіти ефективної батьківської коаліції, в якій батьки підтримують один одного при пред'явленні вимог до дітей;
- 3) розширення підсистема дітей в підсистему однолітків;
- 4) відділення підсистема подружжя від підсистема батьків.

Фази терапії:

1. Приєднання психолога до сім'ї, включення в структуру сім'ї на правах лідера.
2. Дослідження сімейної структури, включаючи вербальне і невербальне спілкування.

3. Зміна структури сім'ї, стилю спілкування і взаємодії через пряме втручання терапевта (наприклад, заборона дитині втручатися в розмову батьків).

Техніки: прийом встановлення меж - зміна просторового розташування членів сім'ї під час сеансу і пояснення емоційних зв'язків.

## 6. Комунікативна модель

Вірджинія Сатир - жива легенда американської сімейної психотерапії, мала зріст понад 180 см., В 3 роки вмiла читати, була набагато розвита своїх однолітків, через зростання була аутсайдером в коледжі, вважала, що цінність кожної людини в його неповторності і несхожості. Працювала шкільним учителем, підтримувала тих, хто не схожий на інших, дізналася в школі про владу сім'ї, яка стримує розвиток дитини. Заміжною не була, мала 2 прийомних дочок, які до удочеріння містилися в колонії для малолітніх злочинців. Виховуючи дочок зрозуміла, що здатність до змін і росту є у кожної людини і що ця здатність пов'язана з самооцінкою.

В. Сатир прихильник спільної СПТ, на якій присутня вся сім'я. Сім'я тримається на емоційних зв'язках. Здорові сім'ї - це сім'ї, де люди можуть говорити відкрито про свої почуття і потреби, де кожен член сім'ї має своє місце в просторі сім'ї, від якого він отримує задоволення.

Комунікативна модель СПТ базується на ідеях гуманістичної психології, фокусується на актуальних проблемах. Мета - особистісний ріст членів сім'ї, завдання - надання допомоги сім'ї в умінні відкрито і спонтанно висловлювати свої почуття і потреби, ефективно спілкуватися, ділитися переживаннями. Засобами цього є конструктивні правила і способи спілкування.

Правила ефективної комунікації:

- говорити про свої почуття, думки, потреби від першої особи, без посередників і метафор (замість «мені погано з тобою» - «я хочу уваги»);
- передача своїх почуттів і переживань іншим людям з орієнтацією на рівень їх розуміння;
- послання повинні бути конгруентними (відповідність вербальних і невербальних сигналів);
- поділ фактів і суб'єктивних переживань;
- емпатія до почуттів і станів інших людей.

Типи неконструктивних комунікацій (гри спілкування з метою уникнути відкидання):

- запобігливість - демонструється догоду, почуття провини, підпорядкування;
- звинувачення - демонстрація сили, влади, контролю;
- розважливість - демонстрація емоційної холодності, пошук вигоди;
- відсторонення - демонстрація байдужості.

Будь-яка [сімейна система](#) характеризується 4 параметрами: самооцінка членів сім'ї; моделі комунікацій; [сімейна система](#) - звід правил і норм; соціальні зв'язки із зовнішнім світом.

Здорова сім'я характеризується:

- високою самооцінкою у всіх членів сім'ї;
- відкритими, зрозумілими, конгруентними, адекватними, прямими комунікаціями;
- гнучкими, мінливими по необхідності сімейними правилами і нормами; автономністю і свободою членів сім'ї, спільним обговоренням проблем;
- відкритими зовнішніми кордонами, різноманітним зв'язкам зовнішніх зв'язків. Неблагополучна сім'я:
- низька самооцінка у членів сім'ї;

- закриті, неконгруентності, непрямі, неадекватні, невизначені комунікації;
- жорсткі і незмінні сімейні правила, контроль і оцінювання членів сім'ї один одним, багато заборон, відсутність спільного обговорення;

- закриті зовнішні кордони, страх перед соціумом.

- деструктивні уявлення: відносини в сім'ї будуються на силі і страху покарання; завжди є хто - то, хто знає краще за тебе, що тобі необхідно; люди за своєю природою аморальні, тому повинні перебувати під контролем; все вирішує той, у кого знаходиться влада, інші підкоряються.

Діагностика: на початку сеансу членам сім'ї ставлять запитання: «Чи щасливі Ви в родині?», «Чи відчуваєте Ви себе вільним в сім'ї?», «Чи хотіли б Ви жити в своїй сім'ї через 5, 10, 20 років?».

Структуроване інтерв'ю П. Вацлавік - сім'ї дається 5 завдань, за ходом виконання яких стежить терапевт через одностороннє дзеркало і вивчає зразки комунікацій в сім'ї, способи прийняття рішень:

1. Обговоріть разом і скажіть, яка сімейна проблема найважливіша.
2. Обговоріть план поїздки за місто всією сім'єю.
3. Нехай батьки розкажуть дітям, як вони познайомилися.

4. Обговоріть зміст приказок на сімейну тему.
5. Проведіть інвентаризацію звинувачень і недоліків один одного.

## . Символічний підхід

Карл Вітакер (1912-1995) - американський психотерапевт, професор психіатрії, батько 6 дітей, 60 років пропрацював психотерапевтом, 40 років - сімейним, його називали «хуліганом» в СПТ. Даний підхід заснований на ідеї особистісного зростання та особистого досвіду, в процесі терапії люди отримують новий досвід взаємодії, що дозволяє їм змінюватися самим і змінювати свої відносини. К. Вітакер запропонував в процесі терапії створити таке сімейне простір, в якому сім'я змогла б взяти ініціативу в свої руки і запустити процес самозцілення. Завдання терапевта загострити проблеми сім'ї за допомогою іронії, піддражнювання, провокаційних метафор, але не брати на себе відповідальність за їх рішення. К. Вітакер вважав, що це досить ризикована справа і сім'я може не прийти на наступний сеанс, але для нього це не мало значення. Сім'ї поводяться ригидно, не виражають відкрито почуттів, уникають конфліктів, що блокує процес розвитку. У зв'язку з цим, К. Вітакер провокував сім'ю на відкритий конфлікт, вважаючи, що в ньому закладено потенціал зростання і розвитку і ресурс для самозбереження. Метою терапії він вважав виведення сім'ї з рівноваги. К. Вітакер порівнював символічний підхід з інфраструктурою великого міста, з підземними комунікаціями, які забезпечують життєдіяльність міста на поверхні землі. Існують приховані, замасковані особистісні та сімейні підземні світи в символічній формі, наповнені імпульсами і неусвідомленими переживаннями, які необхідно вивести на поверхню (усвідомити). Це загальні для всіх теми: секс, суїцид, вбивство, помста, ненависть, самотність, інстинкти. Близькість - це вміння зустрітися з людиною на прихованому символічному рівні. Ми говоримо і думаємо на одному рівні (свідомому), а живемо на іншому (символічному). Завдання символічного підходу - дослідження іншої, невідомої території (наші слабкості і комплекси). Рівень задоволеності життям залежить від глибини переживань і здатності зрозуміти свій символічний рівень. Обмін символічним світом з іншою людиною стає новим досвідом, що сприяє особистісному зростанню. Перехід на символічний рівень відбувається через провокаційні питання: «якби Ви збожеволіли, як би це сталося?», «Якби Ви отримали сексуальну свободу, що б Ви зробили з ними?». Коли людина свідомо стикається зі своїми символами (інстинкти, страхи, комплекси) він їх інтегрує.

Принципи символічного підходу:

1. Сімейна терапія повинна виводити систему з рівноваги, щоб сім'я пережила новий досвід і знайшла ресурс для зцілення.
2. Біль і конфлікти в сім'ї неминучі, необхідно навчитися їх творчо використовувати.
3. Розпитування сім'ї є нетактовність, підглядання в замкову щілину.
4. Коли сім'я приходять на терапію, виникає парадоксальна ситуація, всі члени сім'ї хочуть, щоб їх погляди були підтвержені терапевтом, але потребують вони в зворотному - в новому погляді на ситуацію.
5. Сім'я має необмежений внутрішній потенціал розвитку. Завдання - розкрити цей потенціал, кожна сім'я повинна знайти свою власну формулу росту. Для цього вона повинна пережити конфлікт і взяти ініціативу і відповідальність в свої руки.
6. Мета терапії - допомогти сім'ям досягти більш адаптивного, наповненого рівня існування.
7. Працювати тільки з розширеними сім'ями (включаючи колишнього подружжя, дітей від першого шлюбу, коханок і коханців). Конфліктують не подружжя, а сім'ї, збираючи всіх разом, терапевт провокує відкритий конфлікт, що є досвідом відкритого взаємодії.
8. Терапевт приєднується то до одного члена сім'ї, то до іншого, вислуховує їхні претензії, а потім в жартівливій формі починає їх інтерпретувати, провокуючи відкритий конфлікт.
9. Відновлення в родині провідну роль батька - терапевт частіше звертається до батька, спонукає його взяти на себе відповідальність, ігнорує мати і її активність.
10. Терапевт ділитися своїми переживаннями і досвідом, коли приєднується до члена сім'ї, спонукає його ідентифікуватися з собою «а я теж був в такій ситуації ...», потім демонструє форми конструктивного поведінки. Часте використання техніки «саморозкриття терапевта» для того, щоб спонукати сім'ю до відкритого спілкування.

Етапи психотерапії:

1. Битва за структуру. К. Вітакер категорично не зустрічався і не спілкувався з окремими членами сім'ї, тільки з усіма разом, включаючи дітей. Завдання - формування «ми - позиції», почуття сімейної ідентифікації, активізація взаємодії між усіма учасниками, в результаті якого

вони почнуть обмінюватися почуттями і переживаннями

2. Приєднання терапевта до сім'ї для залучення в процес спільного проживання нового досвіду. Приєднання відбуватися за допомогою емпатії, розуміння терапевта, пошуку спільних проблем, інтересів, цінностей, схожого минулого досвіду. Збереження дистанції - відволікання терапевта від сім'ї (що - то переглядає, робить записи).

3. Встановлення метапозиції. Метапозиції - це позиція тренера або спостерігача, а не члена сім'ї або лідера. Завдання - навчити сім'ю грати самостійно, а не разом з терапевтом. На цьому етапі терапевт починає від'єднання, тримає в увазі всю сім'ю, дотримуючись дистанції, не контролює, не радить, не приймає рішення, надаючи сім'ї ініціативу і самостійність.

4. Збір всієї родини разом. Завдання - створити атмосферу єдності сім'ї і цінності кожного її члена. На цьому етапі відбувається посилення рівня сімейної тривожності, яку К.Вітакер розглядав, як ресурс змін. На початку цього етапу відбувається «пожвавлення тата» - введення тата в реальний коло сім'ї (тата, як правило, завжди менше залучений в сімейну ситуацію) через звернення до нього з питаннями про його переживаннях і поглядах на проблеми сім'ї. Мамі в цей час слово не дається.

5. Розширення симптоматики. Скарга сім'ї - це вхідний квиток, в сім'ї немає єдиної або найважливішою проблеми. Терапевт ускладнює погляд сім'ї на проблему або ситуацію, виводить на приховані проблеми через свої фантазії «Ваш чоловік багато працює. Напевно, він втратив до Вас інтерес. А може він захоплений своєю секретаркою? »

6. Битва за ініціативу. На цьому етапі сім'я повинна зайняти активну позицію щодо вирішення проблеми, взяти ініціативу і відповідальність на себе, контролювати терапевтичну ситуацію, почати свою власну гру. Коли це відбувається формується терапевтичний альянс терапевт - сім'я. У цей момент сім'я починає змінюватися, вона пробує, експериментує, перебудовується, терапевт не звертає їх рух, а тільки підтримує.

7. Закінчення терапії. Рішення про закінчення терапії приймає сім'я.

техніки:

- саморозкриття терапевта;

-техніка «позитивна конотація» - перевизначення симптому, з яким прийшла родина на позитивне явище, яке є сімейним ресурсом;

-техніка «модельовання фантастичною альтернативи» використовується для досягнення реального відчуття стресу і залучення в цю фантазію всієї родини: «з ким і як Ви хотіли б змінити свого чоловіка?», «якби Ви задумали самогубство, в якій би формі Ви його зробили?», «якби Ви задумали вбити свою дружину, як би Ви це зробили? »;

- техніка «особистісна конфронтація» - терапевтом використовується діада «турбота - жорсткість», конфронтація - зворотна сторона турботи, це реальний досвід, те ж саме відбувається в сімейних відносинах.

## 8. Теорія сімейних систем

Мюррей Боуен (1913 - 1990) - доктор медицини, хірург, зацікавився психотерапією, коли працював в американській армії, почав працювати з сім'ями шизофреніків, їх системою сімейних взаємин. У 1957 р в Чикаго відбулася перша конференція директорів центрів дослідження сім'ї, М. Боуен був серед них. Прихильник природничо-наукового напрямку і теорії еволюції, користувався їхньою термінологією.

Теорія М. Боуена:

1. Сім'я - емоційна система (термін взяв у Ч. Дарвіна), синонім інстинкту. Система - це те, що управляє життєдіяльністю всіх живих істот, включає в себе всі автоматичні функції, сприяє задоволенню потреб людини, адаптацію до середовища. Емоційне - автоматична система реакцій, інстинктивна форма поведінки, яка включає в себе розмноження, боротьбу за існування, турботу про потомство. Сім'я володіє характеристиками живої системи: гнучкістю, рухливістю, взаємозалежністю її членів. Сім'я - це сума індивідів, прив'язаних до одного емоційного ядра (член сім'ї, до якого відчують прихильність більшість членів сім'ї), по аналогії з атомом, навколо ядра якого обертаються окремі частинки. Проблеми людини (соматичні та психологічні) виникають тоді, коли емоційна система дає збій. Ці збої спостерігаються в проблемних сім'ях у багатьох поколіннях. Коли збудження емоційної системи велике - емоційні реакції людини працюють автоматично і несвідомо, коли слабке - осмислено. Поведінка людини в сім'ї управляється автоматичними, несвідомими, інстинктивними, емоційними силами в більшій мірі, ніж інтелектом, останній витрачається на виправдання і пояснення своєї поведінки. Здоров'я і поведінку членів сім'ї безпосередньо



пов'язано з функціональним станом сім'ї як єдиного цілого.

2. Диференціація Я - рівновага між індивідуальністю (незалежністю, автономністю) і спільністю (залежністю) в значущих відносинах, між почуттями і розумом. Термін взятий з теорії клітини в складних організмах. Клітини диференціюються одна від одної в міру росту організму, але повністю не відокремлюються одна від одної, створюючи цілісність організму. Клітки повинні узгоджено взаємодіяти один з одним, щоб організм міг функціонувати. Те ж саме відбувається в сімейній системі. Сім'я функціонує ефективно, коли члени сім'ї відчують себе автономно і в той же самий час узгоджено, утворюючи емоційну систему. Існує закономірність - чим менше людина бере на себе відповідальність, тим більше він має потребу в іншому, тим сильніше його прихильність. Диференціювання Я відбувається в період сепарації дитини від матері. На рівень диференційованості впливають емоційні зв'язки людини з батьківською сім'єю. Якщо людина зберігає чутливість і реактивність до емоційних реакцій первинного трикутника (своїм батькам), то його власний шлюб може бути порушений.

3. Люди відрізняються один від одного рівнем диференціації Я. Шкала диференційованого Я:

0 - 25 - низька диференціація Я, сильно виражена залежність і спільність при нестачі автономності та самовизначення (не знають, чого хочуть, не усвідомлюють свої потреби і почуття, мають високий рівень тривожності, емоційності і несвідомих реакцій, сильну чутливість до стану іншої людини), живуть в світі почуттів, сильне емоційне злиття з людьми, орієнтація на відносини цілком, переривають відносини якщо не отримують любові і схвалення, не мають своєї думки;

25 - 50 - почуття виражаються відкрито, пошук любові, емоційної близькості і схвалення, самооцінка залежить від думки інших людей, чутливість до критики, цілеспрямована діяльність не актуальна, модель поведінки - догоджання або бунтарство, спілкуються циклами близькості - злиття - віддалення - відторгнення - близькості .... Якщо поблизу немає - депресія.

50 - 75 середній рівень - рівне поєднання автономності та залежності, почуттів і розуму, вміння контролювати почуття, справлятися з тривогою, стресом, орієнтація на мету і діяльність, самостійність, шлюб - партнерство на рівних;

75 - 100 - висока диференційованість, автономність, незалежність, самостійність, розсудливість, адаптованість. При цьому людина діє не автоматично, а робить вибір, концентрується на себе і свої потреби.

Принципи сімейної терапії М. Боуена:

- працював окремо з кожним членом сім'ї;

- завдання - підвищити рівень диференційованості членів сім'ї (відокремитися від батьків, піти від злипання подружжя), зняти тривожність. Це відбувається в трикутнику: чоловік - дружина - терапевт. Якщо подружжя позбудуться злипання, діти автоматично диференціюються;

- терапевт займає нейтральну дослідницьку позицію;

- Етапи терапії:

1. Збір інформації через побудову генограмми сім'ї, зразків поведінки і взаємин у 3-4 поколіннях сім'ї, психологічної дистанції, ступінь злиття і тривоги. Коли розглядається поведінка сім'ї в цілому по відношенню до окремого її члена, стає ясно, як сім'я підтримує поведінку (симптом) даного члена сім'ї.

2. Усвідомлення членами сім'ї своїх ролей і позицій в сімейній системі і рівня відповідальності. Кожен член сім'ї аналізується як самостійна одиниця і як інтегрована частина цілого одночасно.

3. Особистісні зміни членів сім'ї (способів реагування і поведінки), підвищення рівня диференційованості. Людина може змінити свою поведінку, якщо усвідомлює вплив сім'ї на що робиться їм вибір моделі поведінки.

4. Впровадження змін в життя.

Техніки: робота з одним членом сім'ї; робота з парою чоловік - дружина; робота з трикутником чоловік - дружина - дитина; робота з дитиною; робота з розширеною родиною.