

# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021  
Number 2  
Volume 1

JOURNAL OF POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY



WORLD ASSOCIATION FOR POSITIVE  
AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY

ISSN: 2710-1460  
Published by WAPP  
[www.positum.org](http://www.positum.org)



**The Global Psychotherapist (JGP)** - це міждисциплінарний електронний журнал, присвячений позитивній та транскультурній психотерапії (PPT за Песешкіаном, з 1977 року)<sup>™</sup>. Цей рецензований піврічний журнал публікує статті про досвід та застосування гуманістично-психодинамічного методу позитивної та транскультурної психотерапії. Тематика статей варіюється від дослідницьких статей з теоретичних і клінічних питань до систематичних оглядів,

інновації, статті з кейс-менеджменту, різні аспекти психотерапевтичного навчання та освіти, застосування КПТ в консультуванні, освіті та управлінні, листи до редакції, рецензії на книги тощо. Існує спеціальний розділ, присвячений молодим фахівцям, який має на меті заохотити молодих колег до публікацій. Журнал вітає рукописи з різних культур і країн.

**Співголовний редактор журналу:** *Ольга Литвиненко, Україна:* [dr.olgalytvynenko@gmail.com](mailto:dr.olgalytvynenko@gmail.com)

**Співголовний редактор журналу:** *Ерік Мессіас, США:* [ELMessias@uams.edu](mailto:ELMessias@uams.edu)

**Редакція:** [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org)

**Редактор англійської мови:** *Доротія Мартін* [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org)

**Російський редактор:** *Катерина Литвиненко* [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org)

#### **РЕДАКЦІЯ JGP:**

**Ольга Литвиненко,**  
Україна **Ерік Мессіас,**  
США **Людмила Сердюк,**  
Україна

**Алі Ерілмаз,** Туреччина  
**Роман Цесельський,** Польща

**Веб-сайт JGP:** <https://www.positum.org/ppt-journal/>

#### **МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВИЙ КОМІТЕТ (ISC):**

**Андре Р. Марсель,** США; **Євген Карпенко,** Україна; **Златослав Арабаджієв,** Болгарія;  
**Денис Лавриненко,** Україна.

#### **МІЖНАРОДНА ДОРАДЧА РАДА (ІАВ):**

**Арно Реммерс,** Німеччина; **Іван Кирилов,** Туреччина; **Максим Чекмарьов,** Росія;  
**Тодор С. Сімеонов,** Болгарія; **Олександра Ніздран-Федорович,** Україна; **Поліна Єфремова,** Росія; **Єва Добіала,** Польща; **Олександра Зарек,** Польща; **Людмила Москаленко,** Україна; **Шрідхар Шарма,** Індія.

*Всі професійні зв'язки членів Редакційної колегії та Міжнародної консультативної ради тепер розміщені на відповідних сторінках веб-сайту ПГД.*

**Опубліковано на сайті** Всесвітня асоціація позитивної та транскультурної психотерапії (WAPP) Luisenstrasse 28, 65185 Вісбаден, Німеччина

**Електронна пошта:** [wapp@positum.org](mailto:wapp@positum.org)

**Веб-сайт:** [www.positum.org](http://www.positum.org)

Журнал використовує [ліцензію Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) (CC-BY 4.0).

**ISSN: 2710-1460 (Онлайн)**

# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021  
Number 2  
Volume 1

## РЕДАКЦІЯ:

Вітальний лист від редакційної колегії..... 5

## Позитивне вирішення світових криз: наш внесок у мир у всьому світі

Носсрат Песешкян..... 7

## ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ІННОВАЦІЇ:

### Відновити рівновагу: Дослідження ефективності позитивної психотерапії

Клаудія Кріст, Фердинанд Міттерленер, Селіна Райш.....12

### Можливості позитивної психотерапії у формуванні стійкості до стресу

Олена Чиханцова, Ольга Купреєва .....22

### Спектр фрустраційних реакцій під час кризи статевого дозрівання

Стефанка Томчева, Златослав Арабаджиєв ..... 27

## ПОПЕРЕДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

### Здатність до автентичної присутності терапевта як метод якісного відстеження ефективності психотерапії

Вероніка Іванова ..... 36

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ТРЕНІНГИ:

### Що наше тіло говорить нам під час терапії?

Арно Реммерс ..... 41

## СПЕЦІАЛЬНІ СТАТТІ:

### Виклики психотерапевтичної роботи з дорослими з аутизмом

Ева Добяла, Рената Стефанська-Клар, Олександра Румінська, Пауліна Ґоласка-Цесельська, Мацей Дурас, Вероніка Яняк .....45

# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021  
Number 2  
Volume 1

Групові форми роботи в психіатричному стаціонарі та ставлення до пацієнта  
[Therapeutic Group in Psychiatric Hospitals and the Attitude to the Patient].

Володимир Перебейносов [Vladimir Perebeynosov] ..... 57

Міжнародні прислів'я про надію

Фрідхельм Рьодер ..... 66

Хаос VS Просування: як не зникнути в інформаційному просторі [Chaos VS  
Promotion: How Not to Disappear in the Information Space].

Оксана Фортунатова [Oksana Fortunatova] ..... 69

РЕЦЕНЗІЇ НА КНИГИ:

ПРИВІТ, ДІТИ!: Ш. А. Амонішвілі (1983)

[Привіт, діти! Амонішбвілі, С.].

Перевірив Максим Чекмарьов ..... 75

МИ ВЧИМОСЯ, ДІЛЯЧИСЬ - ПОСІБНИК, НАПИСАНИЙ ФАХІВЦЯМИ З L&D ДЛЯ ФАХІВЦІВ З  
L&D:

Редакторка: Габріела Хум (2021)

Рецензент: Діана Поп ..... 78

WAPP ..... NEWS80

ІНФОРМАЦІЯ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ..... АВТОРІВ83



ВІТАЄ РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ

ЖУРНАЛ РРТ

"СВІТОВИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ"

Шановний читачу,

З великою гордістю і радістю ми можемо представити вам другий номер "*The Global Psychotherapist*" - *Міжнародного журналу позитивної психотерапії*. Появі цього номера сприяли зусилля редакційної колегії "*The Global Psychotherapist*", а також рецензентів системи сліпого рецензування. Перш за все, ми хотіли б подякувати дослідникам, рецензентам та членам редакційної колегії журналу, які зробили свій внесок у цей випуск.

Відповідно до мети "*The Global Psychotherapist - Міжнародний журнал позитивної психотерапії*", цей випуск також включає практичні матеріали та дослідження в галузі психотерапії з універсальною перспективою. Оскільки позитивна психотерапія, яка є міжкультурним підходом, що фокусується на *positum* (цілісній людині), може включати еkleктичні підходи і ґрунтується на аналітичних терапіях, ці різні техніки відображені в дослідженнях, включених до другого випуску цього журналу. Під час пандемії Covid-19 світ переживає надзвичайні процеси, і ми виявили, що погляд **професора Носсрат Песешикян** на принцип надії в позитивній психотерапії пропонує нам навички, які є найбільш важливими на момент підготовки цього другого випуску. У цих статтях показано важливість і силу позитивної психотерапії, розробленої професором доктором Песешикіаном у 1960-х роках і підтвердженої позитивним психологічним рухом на початку 2000-х років. Так само **Рьодер** розглядає надію та її значення для психічного здоров'я за допомогою прислів'їв і продовжує цю традицію в цьому другому випуску.

Зростання кількості досліджень ефективності позитивної психотерапії можна побачити в цьому другому випуску. Тут **Christ et al. переконливо** демонструє, з точки зору психотерапевтів і пацієнтів, що позитивна психотерапія є важливим методом терапії з точки зору мотиваційного прояснення, активної допомоги у вирішенні проблем і терапевтичної підтримки та взаємовідносин. Поняття життєстійкості, що використовується в сучасній психології, розглядається тут **Чиханцовой та Купреєвою** з точки зору позитивної психотерапії, що надає важливу інформацію для літератури. **Чиханцова і Купреєва** показують, що такі якості, як контакт, довіра, надія, любов, досягнення і надійність можуть бути важливими інструментами для підвищення витривалості. Крім того, **Томчева та Арабаджиев** досліджують фрустрацію та загальний рівень агресивних тенденцій підлітків і нагадують нам про важливість "*егоцентризму*", який є важливим поняттям у підлітковому розвитку. Одним з важливих понять позитивної психотерапії є внутрішньоособистісна диференціація. **Іванова** показує нам важливість автентичності та відкритості, які є важливими інструментами внутрішньоособистісної диференціації в психотерапевтичному процесі, за допомогою цікавого та важливого дослідження з точки зору позитивної психотерапії.

Позитивна психотерапія розглядає тіло як важливе джерело подолання конфліктів і важливу сферу, де відображаються здібності та можливості людини. **Реммерс** теоретично і практично розглядає послання тіла в психотерапевтичному процесі. Оскільки в нашому житті є особливі люди, в психотерапевтичному процесі також є особливі клієнти. **Добіала та ін.** детально обговорюють природу розладу, з яким стикаються люди з дорослим аутизмом, його вплив на процес психотерапії та те, що необхідно зробити. Одним із застосувань позитивної психотерапії є позитивна групова психотерапія. **Перебейносов** розширює нашу перспективу своїм дослідженням групових практик. Нарешті, **Фортунатова** оцінює і розглядає питання етики в психотерапевтичному процесі під іншим кутом зору.

Підсумовуючи зміст другого питання, можна побачити, що позитивна психотерапія була предметом наукового вивчення дослідників на мікро- та макрорівнях. Цікавим аспектом цього випуску є розгляд взаємозв'язку між поняттями, що розглядаються в дослідженнях з позитивної психології, та структурами позитивної психотерапії. Як зазначалося на початку нашого другого випуску, принципи, концепції та структури позитивної психотерапії захищають людей і суспільства від кризових ситуацій. В результаті, надаючи значну підтримку біомедичним, психосоціальним і біопсихосоціальним перспективам, ми сподіваємося, що "**Глобальний психотерапевт - Міжнародний журнал позитивної психотерапії**", який пропонує важливу перспективу для різних професійних груп, таких як психологічні консультанти, психологи, психіатри, педагоги, соціальні працівники та психіатричні медсестри, буде корисним для людства.

## Редакційна колегія

"Глобальний психотерапевт",  
Журнал позитивної та транскультурної психотерапії



## ПОЗИТИВНЕ ВИРІШЕННЯ СВІТОВИХ КРИЗ: НАШ ВНЕСОК У МИР У ВСЬОМУ СВІТІ

ПРОФЕСОР, Д-р НОСРАТ ПЕШКЯН †  
M.D., ВІСБАДЕН, НІМЕЧЧИНА

Вперше опубліковано в  
*Журнал "Гессенський щоденник"*. Випуск 3 (2002) німецькою мовою  
Переклад д-ра Доротеї Мартін

Достоевський сказав, що життя схоже на рай, від якого ми загубили ключ. -"Брати Карамазови", кн. VI, гл. 1 Ця доповідь покаже нам, як знайти цей загублений ключ. 11 вересня 2001 року світовий порядок, який ми сприймали як належне, був повністю і несподівано зруйнований перевернута догори дном.

У цій статті не обговорюватимуться факти цієї події чи політичні причини, що лежать в її основі. Натомість ми спробуємо пролити світло на її психологічні та психотерапевтичні аспекти.

*"Якщо ви хочете навести лад у країні, спочатку наведіть лад у провінції.*

*Якщо ви хочете навести лад у провінції, ви повинні спочатку навести лад у містах.*

*Щоб навести лад у містах, треба навести лад у сім'ї.*

*Якщо ви хочете навести лад у сім'ї, ви повинні спочатку навести лад у своїй власній родині.*

*Якщо ви хочете навести лад у власній родині, ви повинні навести порядок у собі". (Східні оповідання)*

Ця давня східна мудрість простежує взаємозв'язки, в яких ми живемо. Ми повинні виходити з того, що навіть невеликі зміни в одній сфері життя мають вплив на всю систему. Згідно з Конфуцієм, кожна людина несе відповідальність за піднесення і падіння людства.



*Цінність людей і діамантів можна розпізнати diamonds лише тоді, коли вони виїняті з оправ.  
-Слово мудрості*

### Зі звіту терапевта:

" ... На додаток до цих страхів війни, з екранів телевізорів показували кадри, на яких сотні нічого не підозрюючих людей згорали у вогняній кулі за лічені секунди або були розірвані на тисячу шматків. Думки про смерть, які ми зазвичай так добре придушуємо в нашому суспільстві, в ті дні були всюдисущими. Той факт, що все може закінчитися за лічені секунди, завжди був на столі".

### Тут ми обмежимося кількома факторами:

Запитувати про сенс людського життя також означає запитувати про його походження і про його мету. У цьому контексті виникають подальші питання про те, якою є природа людини? Вона є доброю чи злою? Чи вона вільна у прийнятті власних рішень? Чи є реалізація її прагнення до щастя? Чи має вона якийсь вплив на долю людства? Чи все закінчується з її смертю?

Важливою мотивацією для підходу, відомого як позитивна психотерапія, може бути те, що я перебуваю в транскультурній ситуації. Я перс (іранець), але живу в Європі з 1954 року. З цієї точки зору я усвідомив, що багато моделей поведінки, звичок і поглядів оцінюються по-різному в цих двох культурах. Це досвід, який я вже мав під час мого дитинства в Тегерані. Це стосувалося упереджень щодо релігії, які я мав змогу спостерігати досить близько.

Як бахаї, ми завжди опинялися в ситуації напружених стосунків між нашими ісламськими, християнськими та юдейськими однокласниками і вчителями.

Це спонукало мене замислитися про стосунки



між релігіями та про стосунки між людьми. Я мав досвід спілкування з сім'ями моїх однокурсників і зрозумів, що їхня поведінка впливає з їхнього світогляду та сімейних концепцій. Пізніше я став свідком подібних протистоянь під час своєї спеціалізації, коли відчув, наскільки напруженими були стосунки між психіатрами, неврологами, терапевтами та психотерапевтами, і з якою жорстокістю ці позиції зіштовхувалися.



#### Тільки Насіння

Уві сні молодий чоловік зайшов до крамниці, де за прилавком стояв старший чоловік. Юнак *man* запитав його: "Що ви продаєте, шановний пане?" *wise man answered: "Everything you want."* Мудрець відповів: "Все, що захочеш!" *I would like* Юнак почав їх перераховувати: "Тоді я хотів би світової єдності і миру у всьому світі, *unity and* скасування забобонів, ліквідації бідності, більшої єдності і любові між релігіями, рівних прав для чоловіків і жінок *etc.*" *interrupted him: "Excuse me,* Тоді мудрець перебив його: "Вибач, юначе; ти *fr* мене неправильно *ed* зрозумів. Ми не продаємо плоди, ми продаємо тільки насіння." *kian*

- імені Н. Песешкяна

Цей досвід і мої роздуми привели мене до розуміння людей не лише як ізольованих індивідів (навіть у психотерапії), а радше до розгляду їхніх стосунків між собою та, завдяки моему власному розвитку, їхніх транскультурних ситуацій, які роблять людину такою, якою вона є.

### Спільне та відмінне в різних культурах (транскультурний підхід)

Ми повинні розглянути транскультурний підхід, який пропонує не тільки матеріал для розуміння індивідуальних конфліктів, але й має надзвичайне соціальне значення, оскільки ми стикаємося з проблемами гастарбайтерів і допомоги розвитку, труднощами, які виникають у спілкуванні з представниками інших культурних систем, проблемами транскультурних шлюбів, упередженнями та їх подоланням, а також альтернативними моделями, які походять з іншої культурної системи. У цьому контексті можна також обговорювати політичні теми, які виникають у транскультурній ситуації.

Для міжособистісних стосунків це означає поставити під сумнів упередження шляхом релятивізації власних цінностей, послаблення фіксацій та усунення комунікаційних блоків.

Це пов'язано з наступним процесом, а саме з демонтажем емоційних бар'єрів та упереджень, які існують щодо іноземного способу мислення та почуттів. Це призводить до того, що все іноземне сприймається як щось агресивне і загрозове там, де спочатку було б доречним розуміння.

### Розгубленість і надія

- Справа в тому, що сьогодні ми можемо спостерігати світову кризу в нашому спілкуванні, яка набуває масштабів епідемії. У подружньому спілкуванні партнери переживають біль взаємного нерозуміння та ігнорування. Сім'ї страждають від майже повної відсутності комунікації між батьками і дітьми або від поверхневої комунікації. Так само спілкування між урядами та їхніми народами характеризується взаємною недовірою, зловживаннями, обманом і ворожістю. Зрештою, спостерігається безпрецедентна криза комунікації між наддержавами - стан, який легко міг би закінчитися знищенням усього живого на цій планеті. Згідно з доповіддю ООН 1997 року, ми мали війни в 59 місцях по всьому світу. Ці факти дають зрозуміти, що наші зусилля з аналізу причин неадекватної комунікації є не більш достатніми, ніж наші зусилля з розробки нових методів вирішення проблем чи встановлення фактів.
- У всьому світі є велика кількість людей - я б сказав, що це більшість - які виступають за мир у всьому світі і розглядають його як єдиний спосіб вирішення питань про сенс нашого людського існування. Однак, багато людей зберігають недвозначний скептицизм щодо реалізації цієї ідеї, недовіру і навіть внутрішній опір проти неї. На початку я хотів би поділитися деяким досвідом, який був особливо важливим для мене. Наступні чотири сфери представляють для мене особливий інтерес:
  - **Внесок політика у справу миру в усьому світі** (транскультурна зустріч)
  - **Внесок релігійного лідера у справу миру в усьому світі** (концепції релігії або світогляду)
  - **Внесок вченого у справу миру в усьому світі**
  - **Внесок особистості в мир у всьому світі**

## Три приклади:

Поведінка/концепція	Захід	Схід
Хвороба	Коли людина хворіє, вона хоче відпочити. Його/її відвідують лише кілька людей. Ці відвідування також розглядаються як соціальний контроль.	Тут, якщо хтось захворів, ліжко ставлять у вітальні, як у випадку зі зламаною ногою. Хвора людина перебуває в центрі уваги, її відвідують численні члени сім'ї, родичі та друзі. Відсутність відвідувачів буде вважатися образою і позбавленням.
Смерть	Ми просимо людей утриматися від співчутливих візитів. Я маю впоратися зі своєю долею наодинці. Я мушу витримати таке велике страждання на самоті.	Родичі, друзі, знайомі та інші небайдужі люди відвідують родичів протягом 8-40 днів і дають їм відчуття захищеності. Спільна скорбота - це пів-печалі.
Депресія	У жителів Центральної Європи та Північної Америки депресія розвивається через брак контакту, вони ізольовані та позбавлені емоційного тепла.	На Сході у людей розвивається депресія, тому що вони відчувають себе пригніченими вузькістю своїх соціальних зобов'язань і стосунків, з яких вони не можуть вийти.

### 1. Внесок політика

Дії політика визначаються часом і культурою, в якій він виріс, ступенем емоційної теплоти і прикладами, які дали йому сім'ї, відносинами, які він зміг побудувати з іншими людьми, і значенням, яке мають для нього інші люди. Крім того, вирішальну роль відіграють уявлення про сенс життя, які вони отримують від своїх релігій і світоглядів, а також інструменти науки і техніки, які їм доступні. Міркування, наведені на прикладі політиків, не обмежуються ними. Оскільки людина, як соціальна істота, може формувати своє життя тільки разом з іншими людьми, кожен з нас має політичний мандат. Ми можемо делегувати свої завдання, але не свою відповідальність:

Переклад на мову:

Для всіх нас важливо підтримувати свою рідну мову, але ми також повинні вміти розмовляти мовою, яка допоможе нам спілкуватися з іншими. Таку "мову" намагається забезпечити транскультурна психотерапія - метакомунікацію - спілкування поза конфліктами.

Багато маленьких людей у багатьох маленьких  
тмісцях, які роблять багато маленьких речей,  
змінять обличчя землі.  
- Африканське прислів'я

### 2. Внесок релігійних лідерів

Хоча існує тенденція ігнорувати релігію, не можна заперечувати, що релігія, в моральному контексті, а також в контексті надання активного віросповідання, впливає на

життя людини, навіть у її найпотаємніші та найінтимніші сфери. Не вдаючись до глибшого контент-аналізу релігій, можна сказати, що їхні базові принципи є однаковими, незважаючи на відмінності між ними. Функціональна теорія соціології та психології вчить, що інституційні структури, побудовані в контексті релігій, виконують певну функцію. Інституція повинна задовольняти практичну потребу суспільства та окремих людей. Якщо вона не має сенсу і функції, вона перестає існувати, або, як це, на жаль, часто буває, намагається врятувати себе в часі через фіксацію і догматизм. І тут вимір часу можна розглядати як основний принцип її розвитку.

Релігія подібна до ліків, які вимірюються відповідно до природи людини. Вона може бути значущою лише тоді, коли відповідає вимогам, потребам і запитам людини, коли враховує концепції розвитку (принцип часу), відносності та єдності. Коли ж хибно зрозуміла релігія призводить до розладу, зациклення, обмеження розвитку, ригідності інтелектуальних захистів, тоді вона стає безглуздою. Тому Фейєрбах назвав її патологією, а не теологією, Маркс і Енгельс - опіумом для народу, а Фройд - страховою компанією, що карикатурно зобразив її.

Навчіться розрізняти релігійні а релігійні  
переконавання та інституції

### 3. Внесок науковця

Завдання релігії полягає в тому, щоб дати людині цінності, цілі та сенс (надання сенсу), тоді як

наука шукає пояснення і представляє описові закони (знаходження сенсу). Існує велика кількість наук, і вони підходять до реальності з різних точок зору. Тут ми також бачимо конкуренцію між окремими науками з їхніми претензіями на абсолютність їхніх конкретних систем і суперництво з іншими системами.

Ці зв'язки показують нам, що попередні рішення науки, предмети, які вона досліджує, питання, які вона ставить, і її методи залежать від історичних, суспільних, ідеологічних і релігійних передумов. Людство досягло функціональної єдності не лише завдяки географічним зв'язкам. Значно більшою мірою це зумовлено взаємозалежністю елементів структури його цивілізації. Так, такі сфери, як політика, бізнес, освіта, наука, філософія, психологія і релігія пов'язані між собою цілою мережею зв'язків. Практичні факти полягають у тому, що економіка більше не є справою економістів, а освіта більше не є справою лише батьків. Всі сфери діяльності стали певним чином пов'язані між собою ("глобалізація").

Наша нинішня ситуація, з її нелюдською технологічною незалежністю, вимагає спільної роботи.

“Думки без змісту порожні, інтуїції без понять сліпі; out concepts are blind.”  
- Іммануїл Кант

#### 4. Внесок особистості

Коли ми запитуємо, звідки у людини з'явилися її особливості, погляди та ціннісні судження, ми, швидше за все, повертаємося до середовища, в якому вона виросла, а саме до її сім'ї. Безперервність суспільства підтримується правилами гри, які людина засвоїла в сім'ї, і спільними цінностями, які як групові цілі скріплюють суспільство. Людина стоїть посеред цих суперечливих, культурно специфічних, ідеологічно-релігійних і наукових концепцій, які намагаються запропонувати сенс. Особистість буде перемелена між цими конкуруючими жорнами, якщо жодна з них не є чимось, з чим вона може себе ідентифікувати.

В результаті людина сама інтегрована в цю єдність і повинна підкорятися певним порядкам, законам природи і неминучим правилам. На

Водночас людина володіє здатністю до диференціації та відповідальністю, яка з нею пов'язана. Таким чином, вона не пасивно підпорядкована природі, а активно визначає власну долю в межах наявних можливостей.

#### Практичний підхід

У цьому сенсі стосунки політика, релігійного лідера, науковця чи окремої людини можна вважати порушеними, якщо його/її емоційність стає спустошеною. Тому ми запитуємо людину про стосунки в межах наступних п'яти категорій:

*Якими є мої стосунки як політика/науковця з самим собою?*

Чи знаходжу я час на власні потреби, такі як сон, їжа, вільний час і подальше навчання?

*Які мої стосунки з партнером?*

Чи є хороший контакт з дружиною/чоловіком і з дітьми? Чи приділяю я їм час, чи довіряю їм? Чи вимагаю від них лише слухняності та ввічливості, чи ціную відкритий обмін думками з ними? Чи беру до уваги інтереси сім'ї?

*Які у мене стосунки з моїм соціальним оточенням?* Як складаються мої стосунки з родичами, друзями, колегами, співвітчизниками чи взагалі з будь-якою іншою людиною? Чи готовий я до таких стосунків, комунікабельний, чи маю упередження, страхи або агресивність до певних людей?

окремі особи чи групи?

*Які у мене стосунки з моєю професією?*

Чи я обрав цю професію добровільно, чи мене змусили? Чи не було іншої роботи, яку я міг би виконувати? Чи цікава мені робота, яку я виконую? Чи працюю я лише заради грошей, чи для того, щоб дозволити собі те, що я хочу? Чи моя робота стала для мене значущою, внутрішньою потребою? Чи виникають у мене конфлікти на роботі? Чи мене перевантажують податками або недостатньо завантажують? Чи знаходжу я в роботі задоволення, але не ладнаю з колегами? Як я можу зробити внесок у суспільний розвиток?

“Жодне майбутнє не може компенсувати те, чим нехтують у теперішньому сьогодні.”  
-Attributed to Albert Schweitzer  
-За авторством Альберта

*Як я ставлюся до майбутнього?*

Я задоволений чи незадоволений сьогоднішнім? Чи бачу я можливості для розвитку, чи просто застряг? Чи можу я розраховувати на належне задоволення моїх потреб у майбутньому? Які мої цілі і які принципи лежать в основі моєї системи орієнтації? Чи я сам розробив свою систему орієнтації, чи просто отримав її від інших? Що насправді означає для мене життя? Як я долаю труднощі, що виникають у різних ситуаціях? Чи готовий я експериментувати? Чи готовий я відкрито висловлювати свою думку і бути оціненим за неї, навіть ризикуючи втратити добру думку інших?

**Наслідки**

Пошук людством нової та ефективної орієнтації принесе з собою зміну відносин між причиною і наслідком. Люди, розчаровані в культурі, суспільстві, політиці та релігії, які шукатимуть притулку і допомоги у своїх приватних світах, у свою чергу, примножуватимуть колективні проблеми через ці мінливі відносини. Це ще раз показує нам, що жодна з цих культурних систем не є доброю сама по собі. Їхні якості виявляються лише в тому, наскільки вони ефективні для людей, які в них живуть, і наскільки правила їхніх ігор дозволяють конструктивно зустрічатися з іншими соціокультурними системами та їхніми членами. Отже, є багато чого, чого члени різних культурних систем могли б навчитися один від одного навіть якщо вони лише вчаться розуміти одне одного.

# ВІДНОВИТИ РІВНОВАГУ: ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ



## Клаудія Кріст

Професор, доктор медичних наук, магістр внутрішньої медицини, магістр громадського здоров'я, генеральний директор, майстер-тренер ППТ та психотерапевт *Академії ан ден Квеллен* (Вісбаден, Німеччина)

Електронна пошта: [christ@akademie-quellen.de](mailto:christ@akademie-quellen.de)



## Фердинанд Міттерленер

Магістр психології, магістр богослов'я  
Генеральний директор і психотерапевт в *Академії ан-ден-Келлен* (Вісбаден, Німеччина)

Електронна пошта: [mitterlehner@akademie-quellen.de](mailto:mitterlehner@akademie-quellen.de)



## Селіна Райш

Бакалавр психології  
Керівник відділу досліджень та забезпечення якості в *Академії ан ден Квеллен* (Вісбаден, Німеччина)

Електронна пошта: [selina.raisch@live.de](mailto:selina.raisch@live.de)

Отримано 07.04.2021

Прийнято до друку 28.06.2021

Опублікована 07.07.2021

## Анотація

У цьому дослідженні розглядається, чи відповідає позитивна психотерапія (ППТ) трьом загальним факторам ефективності психотерапії, постульованим Grawe та ін. (1994), і при цьому береться до уваги оцінка терапевтами загальних факторів, тривалість професійного досвіду терапевтів і багаторазовість вимірювань. 207 амбулаторних пацієнтів (66 чоловіків, 41 жінка) та їхні терапевти, які пройшли підготовку з КПТ, оцінювали виконання трьох загальних факторів після індивідуальної терапевтичної сесії. Результати підтверджують ефективність КПТ: і пацієнти, і терапевти оцінили КПТ як таку, що відповідає трьом загальним факторам ефективності. Однак пацієнти вважали, що всі три фактори були виконані навіть більшою мірою, ніж терапевти. Крім того, два із загальних факторів були оцінені як більш виконані, коли лікуючий терапевт мав більший, а не менший професійний досвід. Нарешті, пацієнти відчували, що з часом терапія стала ще більш ефективною. Верифікація ефективності позитивної психотерапії за допомогою чіткого вимірювання загальних факторів ефективності веде до збагачення знань і має важливе значення для психотерапевтів, які практикують і викладають КПТ, а також для психотерапевтів, які навчають КПТ. Крім того, дане дослідження пропонує нові та цікаві підходи для майбутніх досліджень.

**Ключові слова:** дослідження психотерапії, позитивна психотерапія, дослідження ефективності, загальні фактори ефективності, амбулаторне лікування

## Вступ

психотерапевтичної

Психотерапевтичні дослідження розглядаються багатьма авторами як "фундаментальний аспект

РРТ Журнал "ГЛОБАЛЬНИЙ  
послуг" (наприклад, Lambert, 1991, с. 1) і  
вважається необхідним для покращення  
результатів лікування та керівних принципів

психотерапії (Angus та ін., 2014). Її актуальність  
зумовлена внеском, який  
*Том 1, Номер 2, Листопад 2021*

ISSN

2710-1460WAPP

Дослідження психотерапії сприяють розширенню знань про психотерапевтичні процеси та результати (Strauss та ін., 2015), а також мають важливі переваги та наслідки для практикуючих психотерапевтів (Grawe, 1992; McLeod, 2001; Safran та ін., 2011; Taubner та ін., 2014), а також для підготовки психотерапевтів, які продовжують працювати (Elkins, 2012; Grawe, 1992). Крім того, психотерапевтичні дослідження цікавлять і пацієнтів (McLeod, 2001), оскільки позитивна оцінка пацієнтами терапії, зокрема віра в те, що психотерапія є ефективною і може їм допомогти, супроводжується посиленням мотивації до терапії (Rosenbaum & Horowitz, 1983). Крім того, зростає тиск з боку медичних страхових компаній, органів фінансування та інших зацікавлених сторін, які вимагають демонструвати ефективність психотерапевтичних послуг (McLeod, 2001; Peseschkian та ін., 1999; Presslich-Titscher & Datler, 1994).

Усе вищезазначене призвело до зростання кількості досліджень у галузі психотерапії за останні 70 років (Fuertes & Nutt Williams, 2017). Ці дослідження можна умовно поділити на чотири етапи, залежно від конкретного досліджуваного питання (Grawe, 1992). На першому етапі дослідження були зосереджені на демонстрації ефективності психотерапії загалом, на другому - на порівнянні напрямів психотерапії і, відповідно, на визначенні найефективнішого з них. Третя фаза, з іншого боку, мала більш рекомендаційний підхід, вивчаючи, яка форма терапії показана для якого пацієнта. У 1990-х роках все більше уваги приділялося дослідженню процесу, а разом з ним і питанню про те, як працює психотерапія і що саме робить її ефективною (Grawe, 1997; Hank & Krampen, 2008; Mattejat, 2011).

Щодо останнього дослідницького питання, Grawe, Donati та Bernauer (1994) на основі великого емпіричного дослідження ефективності психотерапії припустили, що три загальні фактори ефективності мають вирішальне значення для ефективності будь-якої психотерапії: *мотиваційне роз'яснення, активна допомога у вирішенні проблем та терапевтична підтримка і стосунки*. Згідно з ними, *мотиваційне роз'яснення* стосується розуміння загрозливого значення певної ситуації чи події або наслідків мети пацієнта. Другим поширеним фактором *активної допомоги у вирішенні проблем* є конкретний досвід пацієнта, який навчився справлятися з ситуаціями, що раніше сприймалися як важкі або такі, що викликають

тривогу (Grawe, 1997). Нарешті, Grawe та ін. (1994) визначили третій загальний фактор

психотерапії як ступінь, до якого пацієнт відчуває, що терапевт його розуміє і може прийняти його підтримку. Згідно з цією моделлю, ефективність психотерапії залежить від того, наскільки ці три загальні фактори активуються за допомогою конкретних терапевтичних процедур (Grawe та ін., 1994).

Ці загальні фактори ефективності *sensu* Grawe та ін. (1994) знайшли загальне визнання в психотерапевтичних дослідженнях (Mattejat, 2011) і, таким чином, були використані для того, щоб продемонструвати або порівняти ефективність різних психотерапевтичних підходів і методів лікування (наприклад, Sander та ін., 2012; Schramm та ін., 2004; Stangier та ін., 2010). У цьому сенсі Носсрат Песешкян та його колеги провели широкомасштабне дослідження ефективності між 1994 і 1997 роками, щоб показати, що позитивна психотерапія (ППТ) відповідає трьом загальним факторам ефективності, визначеним Граве та ін. (Grawe et al., 1994; Peseschkian & Remmers, 2020). Їхнє дослідження проводилося в умовах щоденної клінічної практики і включало обстеження 402 пацієнтів з різними психіатричними та психосоматичними розладами, яких лікували терапевти, що пройшли підготовку з КПТ (Peseschkian & Tritt, 1998; Peseschkian et al., 1999). Використовуючи батарею психометричних тестів, яка була розроблена після консультацій з Граве, Песешкян та його колеги змогли показати, що "КПТ відповідає [...] принципам, постульованим Граве [та ін. (1994)] щодо ефективності психотерапії" (Peseschkian & Remmers, 2020, с. 29). Важливість і вплив цього дослідження ефективності підкреслюється нагородою за видатну роботу в галузі забезпечення якості медичної допомоги, яку воно отримало (Peseschkian et al., 1999). Однак слід зазначити, що на той час дослідники могли зробити висновок про виконання трьох загальних факторів ефективності лише на основі результатів пацієнтів у різних психометричних тестах, оскільки не існувало інструменту, який би спеціально вимірював загальні фактори ефективності, постульовані Grawe та ін. (Grawe et al., 1994).

Тепер, через 20 років, ситуація змінилася, оскільки Krampen (2002) розробив Сеансовий опитувальник для загальної та диференційованої індивідуальної психотерапії (STEP). Цей інструмент був розроблений для того, щоб дозволити економічне вимірювання трьох загальних факторів ефективності згідно з Grawe та ін. (1994). Опитувальник STEP стосується досвіду пацієнта під час індивідуальної терапевтичної сесії, а також його взаємодії з цим зовнішнього

сприйняття та оцінки його терапевта (Krampen, 2002). Пункти опитувальника формують три субшкали, а саме: *мотиваційне роз'яснення, активна допомога*

для вирішення проблем і терапевтичних стосунків, таким чином охоплюючи три загальні фактори, визначені Grawe та ін. (1994). Оскільки хороша психометрична якість опитувальника STEP була неодноразово підтверджена (Beutel & Brähler, 2004; Krampen, 2016; Krampen & Wald, 2001), цей інструмент можна використовувати для надійного і чіткого дослідження трьох загальних факторів ефективності.

2004).

Тому метою цього дослідження є вивчення того, чи відповідає ППТ трьом загальним факторам ефективності, постульованим Grawe та ін. (1994), при прямому опитуванні за допомогою опитувальника STEP. Крім того, це дослідження також враховує оцінку терапевтами загальних факторів ефективності, відмінності в професійному досвіді терапевтів і багаторазовість вимірювань, що дозволяє більш детально дослідити схему активації загальних факторів ефективності в КПТ. Наслідуючи роботу Peseschkian і колег, для того, щоб максимально узагальнити результати, було обрано натуралістичну обстановку, в якій опитувальник STEP застосовувався до 210 амбулаторних пацієнтів, які лікувалися у терапевтів, що пройшли підготовку в КПТ. Таким чином, це дослідження є продовженням досліджень, проведених Песешкяном і колегами в 1998 і 1999 роках, і надає додаткові докази ефективності КПТ.

## Методологія

### 2.1 Суб'єкти та дизайн дослідження

Вибірка дослідження складалася з амбулаторних пацієнтів, які проходили лікування в психотерапевтичній практиці *Akademie an den Quellen* у Вісбадені, Німеччина, в період з 2014 по 2019 рік. Пацієнтам було запропоновано заповнити опитувальник STEP безпосередньо після чергового сеансу терапії. Вони заповнювали опитувальник STEP на різних етапах терапії, отже, вибірка представляла собою суміш пацієнтів на початку терапії, а також на просунутих етапах терапії. Сеанси для оцінки були обрані випадковим чином, і пацієнтам не повідомляли про заплановану оцінку заздалегідь, щоб запобігти упередженості.

Загалом у дослідженні взяли участь 210 пацієнтів, з яких 54 заповнили анкету двічі, 17 - тричі і 5 - чотири рази. Середній проміжок часу між двома вимірюваннями становив 7 місяців. Дане дослідження являє собою клінічне дослідження, в якому не було заплановано контрольної групи (квазі-експериментальне дослідження або нерандомізоване дослідження; Schramm та ін., ISSN 2710-1460

Після сканування даних для виявлення

потенційних викидів, 207 пацієнтів були включені до статистичного аналізу вперше при вимірюванні. Таким чином, ця вибірка включала 66 чоловіків і 41 жінку віком від 18 до 78 років (середній вік = 44 роки). Аналіз відхилень у вибірці з двома вимірюваннями дав 52 пацієнти (11 чоловіків, 41 жінка, середній вік = 43 роки). Оскільки розміри вибірок з трьома і чотирма вимірами дуже малі, ці вибірки не аналізувалися окремо.

Для статистичного аналізу загальної ефективності психотерапії в практиці всі показники аналізувалися разом, оскільки опитувальник STEP розроблений спеціально для оцінки щойно проведеної терапевтичної сесії, а отже, багаторазові вимірювання однієї і тієї ж особи також слід враховувати для оцінки загальної ефективності тієї чи іншої форми психотерапії. Після виключення статистичних відхилень, отримана вибірка, включаючи багаторазові вимірювання однієї і тієї ж особи, складалася з 282 пацієнтів (86 чоловіків, 196 жінок, середній вік = 44 роки). На момент заповнення опитувальника STEP пацієнти в середньому перебували на лікуванні в клініці протягом 9,9 місяців. Діагнози пацієнтів включали депресію (52,9%), стресові розлади (26,8%), тривожні розлади (14,3%), психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, класифікованими в інших рубриках (15,0%), соматоформні розлади (7,5%), розлади особистості (6,8%) та інші (22,1%).

## 2.2 Терапевти

У цьому дослідженні взяв участь 21 психотерапевт, які працювали в психотерапевтичній практиці *Akademie an den Quellen* у Вісбадені, Німеччина, протягом усього часу проведення дослідження. Усі терапевти пройшли підготовку з психодинамічної психотерапії та КПТ. 19 з них були психотерапевтами, які навчалися у *Вісбаденській академії психотерапії (WIAP)*, де проводиться психотерапевтична підготовка на основі КПТ. Двоє інших психотерапевтів є викладачами WIAP: один з них сертифікований як майстер-тренер з КПТ, а інший має кваліфікацію з інтегративної терапії за Петцольдом (1993) - підходу, дуже схожого на КПТ щодо фундаментальної структури та концепції людської істоти.

## 2.3 Терапевтичні сесії

Всі пацієнти, включені в це дослідження, отримували щотижневі 50-хвилинні сеанси КПТ. ППТ - це форма

гуманістична психодинамічна психотерапія" (Peseschkian & Remmers, 2020, с. 11). Її розробив Носсрат Песешкян у 1970-х та 1980-х роках (ebd.). ППТ характеризується конфліктоцентричністю та ресурсною орієнтацією, а також інтеграцією підходів з основних напрямків психотерапії (ebd.). ППТ фокусується на можливостях пацієнта і прагне допомогти пацієнту розкрити свій потенціал для самопомогти. Розлади, конфлікти і симптоми розглядаються як "здатність реагувати на конфлікти" (там само, с. 12) і вважаються частиною цілісності пацієнта, так само як і його ресурси, здібності та потенціали.

#### 2.4 Заходи

*Сеансовий опитувальник для загальної та диференційованої індивідуальної психотерапії* [Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Psychotherapie] (STEP; Krampen, 2002) являє собою економічний і стандартизований опитувальник для оцінки загальних факторів ефективності психотерапевтичних процесів, виділених Grawe та ін. (1994), з точки зору пацієнтів та їхніх терапевтів. Пункти опитувальника безпосередньо стосуються досвіду індивідуальної терапевтичної сесії пацієнта, утворюючи версію пацієнта (STEPP), а також зовнішнього сприйняття сесії його терапевтом і досвіду пацієнта, утворюючи версію терапевта (STERT).

Обидві версії розроблені як паралельні за змістом і складаються з 12 взаємодоповнюючих пунктів кожна. П'ять пунктів вимірюють пережите (версія STEPP для пацієнта) або сприйняте (версія STERT для терапевта) *мотиваційне прояснення* пацієнта (STEP-C), чотири пункти оцінюють пережиту або сприйняту *активну допомогу у вирішенні проблем* (STEP-P) і три пункти оцінюють *терапевтичні стосунки* (STEP-R), відповідно для конкретної терапевтичної сесії.

Для STEPP пацієнти використовують 7-ступеневу шкалу відповідей, щоб оцінити, наскільки відповідні твердження застосовні до їхнього досвіду. Надійність для трьох шкал пацієнтської версії знаходиться в межах від  $\alpha = 0,76$  до  $\alpha = 0,89$  за Кронбахом. Для КРОКУ терапевти оцінюють аналогічні за змістом питання, пов'язані з їхнім сприйняттям досвіду та поведінки пацієнтів, за 7-ступеневою шкалою відповідей. Надійність для трьох шкал версії для терапевтів варіюється від  $\alpha$  Кронбаха.

= 0,78 до шкали Кронбаха  $\alpha = 0,91$ . Таким чином, усі

шкали демонструють хорошу внутрішню узгодженість (Field, 2013).

максимально досяжні значення різняться. За шкалою КРОК-С можна набрати 35 балів, за шкалою КРОК-П - 28 балів, а за шкалою КРОК-Р - 21 бал.

## Результати

### 3.1 ППП відповідає трьом загальним факторам ефективності

Статистичний аналіз набору даних, що включає всі показники, показав, що порівняно з нормами, опублікованими Крамрен (2002), середні значення всіх субшкал знаходяться в середньому діапазоні (див. Таблицю 1).

Однак, якщо взяти до уваги випадкові коливання, середні значення STEPP-R та STEPT-R, як правило, знаходяться в діапазоні від нижчого за середній до середнього. Оскільки відхилення від середнього діапазону є досить невеликими (див. Таблицю 1), в цілому обидві шкали все ще можна вважати нижчими за середній рівень. Варто зазначити, що обидві шкали стосуються *активної допомоги у вирішенні проблем* - як з точки зору пацієнтів, так і з точки зору терапевтів. Отже, це може означати, що терапевти, які практикують і викладають КПТ, повинні звернути особливу увагу на цей спільний фактор, щоб забезпечити його виконання.

Крім того, враховуючи випадкові коливання, середнє значення STEPP-R мало тенденцію до середнього або вище середнього, що свідчить про те, що пацієнти сприймають загальний фактор *терапевтичного зв'язку як особливо сильний* при застосуванні ПППТ (див. Таблицю 1).

Враховуючи все вищесказане, можна стверджувати, що КПТ активує три загальні фактори ефективності, виділені Grawe та ін. (1994), як з точки зору пацієнтів, так і за оцінкою терапевтів, і, таким чином, сприймається як ефективний метод лікування.

Табл

уця 1. Значення норми  $T$ , критерій Кронбаха  $\alpha$ , стандартні відхилення (SD)

та довірчі інтервали (ДІ) для всіх шкал STEP.

Масштаб	$T$	$\alpha$	SD	90% CI	Класифікація
STEPP-C	50	.89	10	[44.56, 55.44]	а
STEPT-C	45	.85	10	[40.08, 49.92]	а
STEPP-P	45	.76	10	[38.64, 51.35]	ба до а
STEPT-P	45	.91	10	[38.44, 51.56]	ба до а
STEPP-R	60	.84	10	[51.97, 68.03]	а - аа
STEPT-R	50	.78	10	[42.31, 57.69]	а

Примітки.  $N = 282$ , STEPP-C/STEPT-C - версія пацієнта/терапевта шкали роз'яснення мотивації, STEPP-P/STEPT-P - версія пацієнта/терапевта шкали активної допомоги у вирішенні проблем, STEPP-R/STEPT-R - версія

### 3.2 Пацієнти вважають терапію більш ефективною, ніж думають їхні терапевти

Цікаво, що оцінки пацієнтів суттєво відрізнялися від оцінок терапевтів за всіма субшкалами і в усі моменти вимірювання (див. Таблицю 2 і Рисунок 1). Таким чином, в середньому пацієнти відчували себе значно більш задоволеними всіма трьома загальними факторами ефективності, ніж їхні терапевти.

Хоча розбіжності в оцінці терапевтичної сесії пацієнтами та терапевтами не є ні тривожними, ні незвичними і описані як загальна проблема дослідження процесу Хартманном та ін. (Hartmann et al., 2013), відмінності в оцінках опитувальника STEP, як правило, не є такими ж рівномірними та послідовними за всіма шкалами, як це було в попередньому опитуванні. Зазвичай можна помітити, що іноді пацієнти, а іноді терапевти сприймають загальні фактори ефективності як більш виконані, і що напрямок розбіжностей між шкалами також відрізняється в межах однієї і тієї ж вибірки (Krampen, 2002).

Одне з можливих пояснень такої незвично рівномірної розбіжності в оцінках пацієнтів, що спостерігається в цьому дослідженні, полягає в тому, що терапевти мають більш глибоке розуміння трьох загальних факторів і засновують свої оцінки на професійних знаннях про те, як вони повинні бути реалізовані в психотерапії, що призводить до вищих очікувань і, відповідно, більш критичної оцінки. З іншого боку, пацієнти порівнюють психотерапевтичну ситуацію зі своїм минулим особистим досвідом, що призводить до більш позитивної оцінки. Схоже пояснення запропонував Horvath (2000) щодо розбіжностей в оцінці терапевтичного альянсу пацієнтами і терапевтами. Fitzpatrick та ін. (2005) застосували припущення Horvath до трьох вимірів співпраці у виконанні завдань, співпраці у досягненні цілей та зв'язку між пацієнтом і терапевтом. Тому здається правдоподібним, що ця закономірність може бути застосована до трьох загальних факторів психотерапії, визначених Grawe та ін. (1994).

Таблиця 2.

Середні значення (*M*), стандартні відхилення (*SD*), *t*-та *p*-значення *t*-тестів для порівняння пацієнтів та терапевтів

Масштаб	оцінка шкал				<i>t</i> (280)	<i>p</i>
	Пацієнти оцінка		Терапевти оцінка			
STEP-C	25.06	6.04	21.67	5.49	8.53	<.001
STEP-P	19.20	5.23	14.43	6.06	13.13	<.001
STEP-R	18.86	2.36	16.56	2.63	12.90	<.001

Примітки. *N* = 282. Шкала прояснення мотивації STEP-C - шкала прояснення мотивації (діапазон балів = 5-35), STEP-P - шкала активної допомоги у вирішенні проблем (діапазон балів 4-28), STEP-R - шкала терапевтичних стосунків (діапазон балів 3-21).

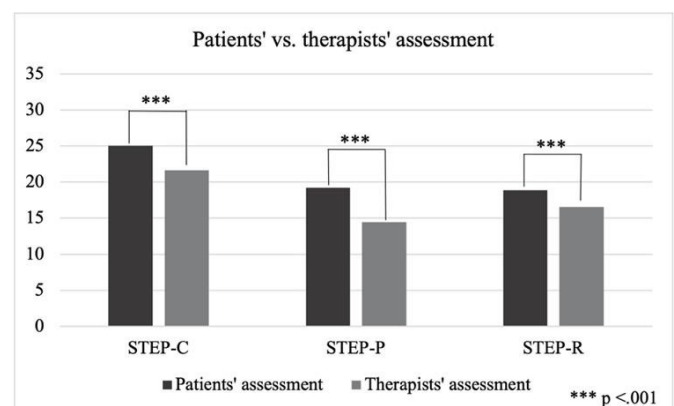


Рисунок 1. Порівняння середніх балів оцінок пацієнтів та терапевтів за шкалами STEP: мотиваційне роз'яснення (STEP-C), активна допомога у вирішенні проблем (STEP-P) та терапевтичні стосунки (STEP-R).

### 3.3 Професійний досвід терапевтів відіграє важливу роль

Оскільки в цьому дослідженні брали участь два терапевти з багаторічним професійним досвідом (середній професійний стаж = 20,56 років), а також 19 психотерапевтів на стажуванні (середній професійний стаж = 3,50 років), можна було також дослідити вплив професійного досвіду терапевта на оцінку загальних факторів ефективності. Статистичний аналіз набору даних, що включає всі показники, показав, що загальний фактор вирішення проблем сприймався як пацієнтами, так і терапевтами як значно більш виконаний, якщо лікуючий терапевт мав більший, а не менший професійний досвід. Оскільки саме ці дві шкали (STEP-P і STEP-R) мали тенденцію бути в діапазоні від нижче середнього до середнього при порівнянні з нормальними значеннями, було проведено ще одне порівняння з нормою для терапевтів з

для терапевтів з малим професійним досвідом.

Цей аналіз

показало, що оцінка пацієнтів і терапевтів для досвідчених терапевтів знаходиться в середньому діапазоні, навіть з урахуванням випадкових коливань. Середні значення для терапевтів з меншим професійним досвідом, навпаки, мали тенденцію бути нижче середнього та середнього. Оскільки проаналізований набір даних включає 248 оцінок терапевтів з невеликим професійним досвідом, але лише 34 оцінки більш досвідчених терапевтів, здається правдоподібним, що вплив професійного досвіду терапевтів призвів до загальної класифікації STEPP-P та STEPT-P як нижче середнього та середнього, про що повідомлялося раніше.

Крім того, пацієнти терапевтів з багаторічним професійним досвідом оцінили *терапевтичні стосунки* як значно більш повноцінні, ніж пацієнти менш досвідчених терапевтів. Самі терапевти, однак, не виявили суттєвих відмінностей в оцінці цього спільного фактору. Що стосується *мотиваційного роз'яснення*, то терапевти і пацієнти погодилися, що немає різниці в задоволеності цим спільним фактором залежно від професійного досвіду терапевта (див. Таблицю 3 і Рисунок 2).

Таблиця 3.

Середні значення (M), стандартні відхилення (SD), t- та p-значення t-тестів для порівняння значень "багато" та "мало

Масштаб	професійний досвід		професійний досвід		t(280)	p
	M	SD	M	SD		
STEPP-C	26.59	5.57	24.86	6.07	1.57	.117
STEPT-C	22.71	5.37	21.54	5.49	1.16	.247
STEPP-P	21.12	4.75	18.93	5.70	2.14	.033
STEPT-P	17.94	5.06	13.92	6.07	3.70	<.001
STEPP-R	19.74	1.69	18.70	2.53	3.11	.003
STEPT-R	16.68	3.36	16.59	2.60	0.36	.721

Примітки. N = 282. КРОК-С - версія пацієнта/терапевта шкали роз'яснення мотивації (діапазон балів 5-35), КРОК-П - версія пацієнта/терапевта шкали активної допомоги у вирішенні проблем (діапазон балів 4-28), КРОК-Р - версія пацієнта/терапевта шкали терапевтичних взаємин (діапазон балів 3-21).

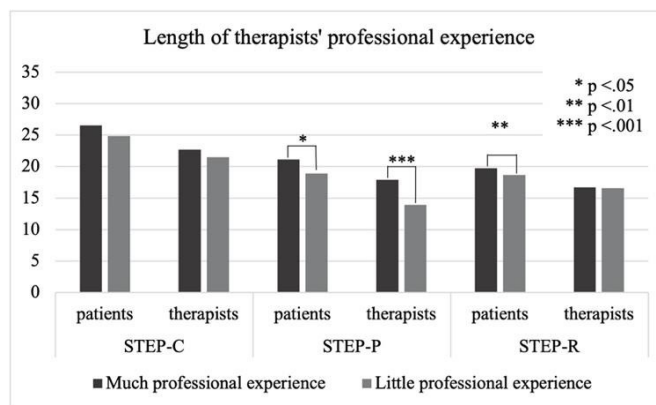


Рисунок 2. Порівняння середніх балів пацієнтів та терапевтів за шкалами STEP: мотиваційне роз'яснення (STEP-C), активна допомога у вирішенні проблем (STEP-P) та терапевтичні стосунки (STEP-R) для терапевтів з великим та малим професійним досвідом.

Якщо порівняти результати цього дослідження з порівняльними результатами, наведеними в посібнику до опитувальника STEP (Krampen, 2002), то висновки лише частково збігаються.

Збігаючись з результатами цього дослідження, аналіз Крампен (2002) також виявив значно вищі оцінки щодо *вирішення проблем* у терапевтів з більшим професійним досвідом, як з точки зору терапевтів, так і з точки зору пацієнтів. Однак, оцінка пацієнтами і терапевтами *мотиваційного роз'яснення* також була вищою для більш досвідчених терапевтів, чого не можна сказати про дане дослідження. Крім того, в порівняльному аналізі оцінка пацієнтами *терапевтичних стосунків* не виявила значущих відмінностей залежно від професійного досвіду терапевта, на відміну від результатів цього дослідження. Хоча слід враховувати, що наведені в посібнику порівняльні аналізи ґрунтуються лише на невеликих вибірках, більш диференційоване і поглиблене дослідження впливу професійного досвіду терапевтів на кожен з трьох загальних факторів видається бажаним і доречним. Згода щодо спрямованості впливу - завжди в сенсі кращих оцінок загальних факторів у терапевтів з більшим професійним досвідом - вказує на те, що терапевтичній роботі можна навчати і вчитися.

### 3.4 Пацієнти відчувають, що з часом терапія стає ще ефективнішою

Оскільки для 52 пацієнтів було проведено два виміри, можна було також дослідити, чи змінювалася з часом оцінка пацієнтами і терапевтами трьох загальних факторів ефективності психотерапії, і якщо так, то яким чином. Варто зазначити, що оцінка пацієнтів суттєво змінилася, оскільки вони вважали, що всі три загальні фактори з часом виконувалися ще сильніше. Таким чином, пацієнти сприймали терапію як ще більш ефективну з плином часу. Однак серед терапевтів такого ефекту не спостерігалось: вони завжди вважали терапію однаково ефективною для пацієнтів (див. Таблицю 4 і Рисунок 3).

Таблиця

я 4. Середні значення ( $M$ ), стандартні відхилення ( $SD$ ),  $t$ - та  $p$ -значення  $t$ -тестів для порівняння першого та другого разу вимірювання.

Масштаб	Вперше в історії вимір		Другий раз на вимір		$t(280)$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$		
STEPP-C	24.83	6.25	26.04	5.61	-2.15	.036
STEPT-C	21.57	5.00	21.65	5.34	-0.41	.682
STEPP-P	17.87	5.78	20.19	4.92	-3.65	.001
STEPT-P	13.14	5.99	13.92	6.05	-1.29	.204
STEPP-R	18.06	2.93	18.97	2.04	-2.36	.022

Примітки.  $N = 282$ . КРОК-С - версія пацієнта/терапевта шкали роз'яснення мотивації (діапазон балів 5-35), КРОК-П - версія пацієнта/терапевта шкали активної допомоги у вирішенні проблем (діапазон балів 4-28), КРОК-Р - версія пацієнта/терапевта шкали терапевтичних взаємин (діапазон балів 3-21).

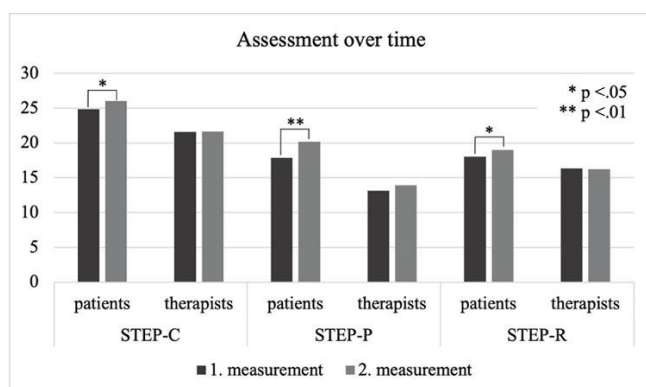


Рисунок 3. Порівняння середніх балів пацієнтів та терапевтів за шкалами STEP: мотиваційне роз'яснення (STEP-C), активна допомога у вирішенні проблем (STEP-P) та терапевтичні стосунки (STEP-R) для першого та другого вимірювання.

## Висновки

Метою цього дослідження було вивчити, наскільки ППТ відповідає трьом загальним факторам ефективності психотерапії. Використовуючи опитувальник STEP (Krampe, 2002) для експліцитного вимірювання загальних факторів, постульованих Grawe та ін. (1994), отримані результати підтверджують ефективність КПТ в тому сенсі, що і пацієнти, і терапевти сприймають КПТ як таку, що відповідає трьом загальним факторам ефективності. Висновок про те, що пацієнти і терапевти оцінили *активну допомогу у вирішенні проблем як таку*, що відповідає лише нижчому середньому рівню, можна пояснити, якщо взяти до уваги професійний досвід терапевта, який був визначений як особливо важливий для виконання цього загального фактора ефективності. Професійний досвід також відіграв певну роль в оцінці пацієнтами *терапевтичних стосунків*. Це свідчить про те, що терапевтичній роботі можна навчитись, особливо в тому, що стосується *активної допомоги у вирішенні проблем і терапевтичних стосунків*. Крім того, пацієнти оцінили всі три загальні фактори як такі, що були виконані навіть вищою мірою, ніж терапевти. Нарешті, можна було виявити, що пацієнти відчували терапію як ще більш ефективну з плином часу, в той час як в оцінках терапевтів такої тенденції не було виявлено.

Наскільки відомо авторам, ця робота вперше досліджує виконання трьох загальних факторів ефективності, вимірюваних за допомогою опитувальника STEP, у ППТ. Таким чином, вона надає важливу і нову підтримку ефективності ППТ. Крім того, завдяки врахуванню оцінки терапевта, тривалості професійного досвіду терапевта і багаторазовому вимірюванню, він дозволяє глибше зрозуміти закономірності активації і дає можливість визначити відповідні аспекти виконання загальних факторів. Особливо важливим висновком у цьому контексті є вплив професійного досвіду на виконання *активної допомоги у вирішенні проблем*, оскільки це підкреслює важливість приділення особливої уваги цьому загальному фактору при підготовці діючих психотерапевтів.

Окрім надання змістовних відповідей щодо ефективності КПТ, ці результати також відкривають нові питання і, таким чином, пропонують важливі та цікаві підходи для майбутніх досліджень. З одного боку, слід ретельніше вивчити, які фактори відіграють роль у відмінностях в оцінках між пацієнтами та терапевтами, і чи є потенційним



запропонована авторами, підтверджується. Більше того, майбутні дослідження повинні спробувати висвітлити, як зростаючий професійний досвід психотерапевтів трансформується у підвищення задоволеності двома із загальних чинників. Нарешті, видається цікавим дослідити, як і наскільки оцінка пацієнтами трьох загальних факторів зростає з часом.

Представлені результати завжди слід інтерпретувати з урахуванням того, що це дослідження також не позбавлене обмежень. Тому слід зазначити, що відсутність контрольної групи обмежує причинно-наслідкові висновки, які можна зробити на основі дослідження щодо ефективності ППТ. Крім того, обраний натуралістичний дизайн знижує внутрішню валідність дослідження (Howard та ін., 1996). Однак це обмеження було прийняте, оскільки дослідження мало на меті вивчити ефективність ППТ в натуралістичних умовах, що підкреслює зовнішню валідність та узагальнюваність результатів (Howard та ін., 1996; Leichsenring & Rüger, 2004). Тим не менш, з огляду на вищезазначені причини, повторення дослідження в більш контрольованих умовах видається бажаним для майбутніх досліджень.

Загалом, ця стаття надає важливі докази, а також подальше розуміння ефективності ДКП, вимірної за допомогою загальних факторів ефективності, як це було зроблено Grawe та ін. (1994). Таким чином, її можна розглядати як продовження дослідження Песешкяна та його колег (1998; 1999). Отримані результати мають велике значення для майбутніх досліджень у галузі психотерапії, а також для психотерапевтів, які практикують і викладають КПТ у всьому світі.

#### Посилання

- [1] АНГУС, Л., ВОТСОН, Д. К., ЕЛЛИОТТ, Р., ШНАЙДЕР, К., ТІМУЛАК, Л. (2014). Дослідження гуманістичної психотерапії 1990-2015: Від методологічних інновацій до доказових результатів лікування і не тільки. *Дослідження психотерапії*, т. 25(3), с. 330-347.
- [2] BEUTEL, M.E., BRÄHLER, E. (2004). Klinische Untersuchungsverfahren [Процедури клінічного обстеження]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Vol. 33(4), pp. 319-320.
- [3] ЕЛКІНС, Д. Н. (2012). До спільного фокусу в психотерапевтичних дослідженнях. *Психотерапія*, т. 49(4), с. 450-454.

- [4] ФІЛД, А. (2013). *Вивчення статистики за допомогою статистичного пакета IBM SPSS*. Лондон: Sage Publishing.

- [5] **ФІЦПАТРИК, М.Р., ІВАКАБЕ, С., СТАЛІКАС, А.** (2005). Перспективна розбіжність у робочому альянсі. *Психотерапевтичні дослідження*, т. 15(1-2), с. 69-80.
- [6] **ФУЕРТЕС, Х.Н., НАТТ ВІЛЬЯМС, Е.** (2017). Дослідження психотерапії, орієнтованої на клієнта. *Журнал консультативної психології*, т. 64(4), с. 369-375.
- [7] **GRAWE, K.** (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre [Психотерапевтичні дослідження на початку дев'яностих]. *Psychologische Rundschau*, Vol. 43(3), pp. 132- 162.
- [8] **GRAWE, K.** (1997). Психотерапія, заснована на дослідженнях, *Психотерапевтичні дослідження*, т. 7(1), с. 1-19.
- [9] **GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F.** (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession* [Психотерапія в перехідний період: від конфесії до професії]. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [10] **ХЕНК, П., КРАМПЕН, Г.** (2008). *Diagnostik der therapeutischen Beziehung* [Діагностика терапевтичних стосунків]. In: Hermer, M., Röhrle, B. (eds), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, (pp. 141-168). DGVT Verlag.
- [11] **HARTMANN, A., LEHNART, R., HERMANN, S., JOOS, A., STILES, W.B., ZEECK, A.** (2013). Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten [Оцінка терапевтичних сесій пацієнтами та терапевтами]. *Diagnostica*, Vol. 59(1), pp. 45-59.
- [12] **ХОРВАТ, А.О.** (2000). Терапевтичні відносини: Від перенесення до альянсу. *Журнал клінічної психології*, т. 56(2), с. 163-173.
- [13] **ГОВАРД, К. І., МОРАС, К., БРІЛЛ, П. Л., МАРТИНОВИЧ, З., ЛУТЦ, В.** (1996). Оцінювання психотерапії: Ефективність, результативність та прогрес пацієнтів. *Американський психолог*, т. 51(10), с. 1059-1064.
- [14] **KRAMPEN, G.** (2002). *Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie: STEP* [Сесійний опитувальник для загальної та диференціальної індивідуальної психотерапії]. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [15] **КРАМПЕН, Г.** (2016). *КРОК*. In: Geue, K., Strauß, B., Brähler, E. (ред.), *Diagnostische Verfahren in* ISSN 2710-1460

der Psychotherapie (3-тє видання), (с. 484-489).

Hogrefe Verlag für Psychologie.

- [16] **КРАМПЕН, Г., ВАЛЬД, В.** (2001).

Kurzinstrumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differenziellen Psychotherapie und Beratung [Короткі інструменти для оцінки процесу та адаптивної індикації в загальній та диференційованій психотерапії та консультуванні]. *Diagnostica*, Vol. 47(1), pp. 43-50.

- [17] **ЛАМБЕРТ, М. ДЖ.** (1991)

*Вступ до*

*психотерапевтичних досліджень*. В кн:

Beutler, L. E., Crago,

М. (ред.), *Психотерапевтичні*

*дослідження* : Міжнародний огляд

програмних досліджень, (с. 1-11). Американська психологічна асоціація. [18] **LEICHSENRING, F., RÜGER, U.** (2004).

Психотерапевтична поведінкова перевірка на основі доказової медицини (ЕВМ): рандомізовані контрольні дослідження проти натуралістичних досліджень - чи є лише один золотий стандарт? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Vol. 50(2), pp. 203- 217.

- [19] **МАТТЕЈАТ, Ф.** (2011). Geschichte der empirischen Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie [Історія емпіричних психотерапевтичних досліджень з особливим посиленням на дитячу та підліткову психотерапію]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Vol. 60(8), pp. 606-625.

- [20] **MCLEOD, J.** (2001). Розвиток дослідницької традиції, що відповідає практикам і цінностям консультування та психотерапії: Чому дослідження в галузі консультування та психотерапії необхідні. *Дослідження консультування та психотерапії*, т. 1(1), с. 3-11.

- [21] **ПЕСЕШКЯН, Н., ТРИТТ, К.** (1998). Позитивний дослідження ефективності психотерапії та забезпечення якості. *Європейський журнал психотерапії та консультування*, т. 1(1), с. 93-104.

- [22] **ПЕСЕЦЬ, А, Ч., П'ЯСТУК, Ч., СХИМНИК, Ч., СЛ, KRÖMKER, J., TRITT, K., LOEW, T.** (1999).

Позитивна психотерапія : Ein kurzzeittherapeutisches Verfahren unter Einbeziehung computergestützter Qualitätssicherung [Позитивна психотерапія: Терапевтична короткострокова процедура, що включає в себе

*Психотерапевтичний форум*, т. 7(1), с. 1-7.

[23] ПЕСЕШКЯН, Г., РЕММЕРС, А. (2020)

*Позитивне*

*Психотерапія: Вступ*. В кн: Мессіас, Е., Песешкян, Г., Каганде, К. (ред.), *Позитивна психіатрія, психотерапія та психологія*, (с. 3-9). Спрінгер, Чам.

[24] ПЕТЦОЛЬД, Г. Г. (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie (Band 1)* [Інтегративна терапія: моделі, теорії та методи для міжшкільної терапії (Том 1)]. Junfermann.

[25] PRESSLICH-TITSCHER, E., DATLER, W. (1994). Дослідження ефективності в психотерапії та офіційний легітимаційний вплив: Eine Stellungnahme aus der Sicht der Österreichischen

*Individualpsychologie*

[Дослідження ефективності в психотерапії та суспільний тиск для легітимації: Виклад з точки зору австрійської індивідуальної психології].

*Zeitschrift für*

*Individualpsychologie*, Vol. 19, pp. 203-213.

[26] РОЗЕНБАУМ, Р. Л., ГОРОВІЦ, М. Я. (1983). Мотивація до психотерапії: факторний та концептуальний аналіз. *Психотерапія: теорія, дослідження і практика*, т. 20(3), с. 346-354.

[27] САФРАН, Ж. Д., АБРЕУ, І., ОГІЛВІ, Ж., ДЕМАРІЯ, А. (2011). Чи впливають психотерапевтичні дослідження на клінічну практику дослідників-клініцистів? *Клінічна психологія: Наука і практика*, т. 18(4), с. 357-371.

[28] САНДЕР, Л., ЗОБЕЛЬ, І., ДИКЕРЕК, П., ШРАММ, Е. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren bei der Behandlung depressiver Patienten - Vergleich zweier Psychotherapieansätze [Загальні фактори ефективності в лікуванні депресивних пацієнтів - порівняння двох психотерапевтичних підходів]. *Verhaltenstherapie*, Vol. 22, pp. 228-235.

[29] ШРАММ, Е., ВАН КАЛКЕР, Д., БЕРГЕР, М. (2004). Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung

- Ефективність та терапевтичні фактори міжособистісної психотерапії депресивних пацієнтів

*Психосоматика, Медична психологія*, т. 54(2), с. 65-72.

- [30] **ШТАНГЕР, Ю., VON КОНСБРУХ, К., ШРАММ, Е., ГАЙДЕНРАЙХ, Т.** (2010). Спільні фактори когнітивної терапії та міжособистісної психотерапії в лікуванні соціальної фобії. *Anxiety, Stress & Coping*, Vol. 23(3), pp. 289-301.
- [31] **ШТРАУС, Б. М., ЛУТЦ, В., ШТЕФФАНОВСЬКИЙ, А. ВІТТМАН, В. В., БОНКЕ, Я. Р., РУБЕЛЬ, Я., ..., КІРШМАНН, Н.** (2015). Переваги та виклики практично-орієнтованої психотерапії

дослідження в Німеччині: Проекти ТК та QS-PSY- BAY із забезпечення якості в амбулаторній психотерапії. *Психотерапевтичні дослідження*, т. 25(1), с. 32-51.

- [32] **TAUBNER, S., KLASSEN, J., MUNDER, T.** (2014). Чому психотерапевти беруть участь у психотерапевтичних дослідженнях, а чому ні? Результати опитування досвідчених німецьких психотерапевтів за допомогою анкети "Ставлення до психотерапевтичних досліджень". *Психотерапевтичні дослідження*, т. 26(3), с. 318-331

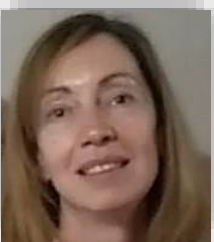
# МОЖЛИВОСТІ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ У ФОРМУВАННІ ВИТРИВАЛОСТІ



## Олена Чиханцова

Кандидат психологічних наук, доцент  
лабораторії психології особистості Чамата О.В.  
Базовий консультант ППТ  
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України  
(Київ, Україна)

Електронна пошта: [chyhantsova@gmail.com](mailto:chyhantsova@gmail.com)



## Ольга Купреєва

Кандидат психологічних наук, доцент,  
Київський національний університет імені  
Тараса Шевченка Основний консультант  
ППП  
(Київ, Україна)

Електронна пошта: [consultok0804@gmail.com](mailto:consultok0804@gmail.com)

Отримано 05.04.2021

Прийнято до друку 28.06.2021

Опублікована 07.07.2021

## Анотація

Основною метою цього дослідження було дослідити можливості позитивної психотерапії у формуванні життєстійкості та глибше зануритися у взаємозв'язок між життєстійкістю та реальними можливостями людини. Дані були зібрані у 380 осіб з України, віком від 19 до 62 років. Респонденти заповнювали Вісбаденський опитувальник позитивної психотерапії та сімейної терапії (WIPPF 2.0), розроблений Н. Песешкіаном у співпраці з Х. Дейденбахом, та шкалу життєстійкості Мадді. Для вимірювання статистичного зв'язку між життєстійкістю та особистісними можливостями ми використовували коефіцієнт кореляції Пірсона. Також ми використовували регресійний аналіз для визначення прогностичних показників життєстійкості. В результаті нашого дослідження ми виявили, що найбільший вплив на життєстійкість мають такі здібності, як контакт, довіра, надія, любов, досягнення та надійність.

**Ключові слова:** життєстійкість, позитивна психотерапія, особистісні особливості, первинні та вторинні здібності збереженням міцного здоров'я та витривалості.

## Вступ

У сучасному науковому світі поняття життєстійкості особистості привертає все більшу увагу дослідників. Проблеми втрати сенсу життя, подолання стресових факторів, особливо в діяльності, спонукають до пошуку засобів психологічної та психотерапевтичної підтримки.

Поняття "витривалість" вперше було представлено Сюзанною Кобаса (1979) як стиль або модель особистості, що асоціюється зі

РРТ Журнал "ГЛОБАЛЬНИЙ  
продуктивність в умовах стресу (Mund, 2016). Це  
поняття визначається як базова характеристика  
особистості, система установок і переконань  
індивіда, які опосередковують вплив  
несприятливих життєвих ситуацій на свідомість і  
поведінку людини (Maddi, 2013).

Так, С. Кобаса та С. Мадді (2002)

Том 1, Номер 2, Липень 2021  
охарактеризували твердість як таку, що складається  
з трьох компонентів, відомих як 3С: 1) Commitment  
(прихильність), 2) Control (контроль) та 3) Challenge  
(виклик). "Прихильність" - це важлива  
характеристика ставлення людини до себе,  
навколишнього світу та взаємодії з ним, яка надає  
сили та

ISSN  
1460WAPP

2710-

мотивує її до самореалізації, лідерства, здорового мислення та поведінки, дозволяє людині відчутися себе важливою і достатньо цінною, щоб повністю залучитися до вирішення життєвих проблем, не звертаючи уваги на стресові фактори та зміни. "Контроль" над обставинами допомагає знайти способи впливати на результат змін від стресу, а не впадати в стан безпорадності та пасивності. "Виклик" допомагає людині бути відкритою до навколишнього світу, інших людей і суспільства. Його суть полягає у сприйнятті людиною своїх життєвих подій і проблем як виклику і випробування для себе. Прикладний аспект життєстійкості визначається тією роллю, яку її особистісні параметри відіграють у толерантності до стресових ситуацій (Baranauskienė, Serdiuk, Chykhantsova, 2016).

Д. Леонтьєв вважає, що життєстійкість є своєрідним психологічним аналогом життєвого стрижня людини, що відображає ступінь подолання нею певних стресових ситуацій та адаптації до даних обставин, а також мірою прикладених зусиль для самовдосконалення та подолання несприятливих життєвих обставин (Леонтьєв, 2002). На думку С. Медді, "життєстійкість виникла як набір установок або переконань про себе у взаємодії з навколишнім світом, що забезпечує сміливість і мотивацію для виконання важкої роботи з перетворення стресових змін з потенційних катастроф на можливості" (Maddi, 2004, p. 286).

Важливим чинником життєстійкості є фундаментальні припущення індивіда (Janoff-Bulman, 1992), які є основою його картини світу, включені в акти внутрішнього вибору людини, тому є основою для самовизначення, цілеспрямованості та саморозвитку. Ці фундаментальні припущення як одиниця світогляду є критерієм ціннісного вибору, який здійснює людина в різних життєвих обставинах, та основою для певних особистісних смислів (Купреєва та ін., 2020).

Важливим є той факт, що до ресурсів, які забезпечують здатність людини до подолання стресу, належить не лише життєстійкість як людський потенціал, а й позитивна психотерапія (ППТ) як терапевтичний підхід. На думку Е. Мессіас (2020), особливістю позитивної психотерапії є зміна фокусу підходів до людини з орієнтації на симптоми та дефіцити, на розвиток та підтримку її внутрішніх ресурсів. Іншими словами, позитивна психотерапія є однією з таких терапевтичних моделей, яка має на меті переорієнтувати терапевтичний підхід, щоб бути більш сфокусованим на

підтримка клієнтів у використанні їхніх внутрішніх ресурсів для подолання викликів, розуміння та розпізнавання зон зростання, а також зосередження на роботі над витривалістю (Mead, 2021). Позитивна психотерапія за допомогою рефлексії та самооцінки дозволяє людям прийти до усвідомлення своїх ресурсів, змісту конфлікту, особливостей конфліктних реакцій та їх психодинамічного походження. Базовий конфлікт описується первинними і вторинними можливостями, і під час терапії особистісний сенс і розвиток кожної з них рефлексується, диференціюється, компліюється людиною (Dobiata, Winkler, 2016).

Згідно з теорією ППТ, кожна людина має дві основні здібності: здатність до сприйняття і здатність до любові. Н. Песечкян (1987) дійшов висновку, що ці дві основні здібності лежать в основі наших подальших здібностей. ППТ прагне дослідити ці дві основні здібності людини, щоб краще зрозуміти і, де це доречно, усунути дисбаланс для створення додаткових позитивних результатів. Позитивна психотерапія розглядає людину як істоту, здатну допомогти людині, яка хоче жити змістовним і повноцінним життям, рости, дозрівати і процвітати (Dobiata, Winkler, 2016).

Отже, у нашому дослідженні ми намагаємося дослідити роль позитивної психотерапії у розвитку витривалості людини.

**Об'єкт дослідження** - особистісні особливості витривалості.

**Мета дослідження** - з'ясувати значення первинних і вторинних здібностей у формуванні витривалості людини.

## Методологія

### 2.1. Методи та організація дослідження

Дослідження проводилося на базі лабораторії психології особистості Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

В емпіричному дослідженні ми використовували такі методи:

1. Вісбаденський опитувальник для позитивної психотерапії та сімейної терапії (WIPPF 2.0), який був розроблений Н. Песешкян у співпраці з Н. Дейденбаха (Peseschkian, & Deidenbach, 1988), перекладено та адаптовано для української вибірки Л. Сердюк та С. Отенко (Serdiuk, Otenko, 2021). Опитувальник складається з 27 шкал, які дозволяють оцінити суб'єктивну значущість власної особистості

риси в наступних трьох розділах: 1) актуальні здібності (вторинні по відношенню до власної поведінки; первинні по відношенню до себе); 2) проявлені конфліктні реакції в чотирьох сферах моделі балансу; 3) суб'єктивно сприйнятні параметри моделі взаємовідносин. Всі питання оцінювалися за чотирибальною шкалою - від "повністю згоден" до "повністю не згоден". Альфа Кронбаха за різними шкалами WIPPF в українській версії коливалася від 0,73 до 0,86 (Сердюк, Отенко, 2021).

2. Шкала твердості Медді, адаптована версія Д. Леонтьєва та Є. Рассасової (Леонтьев, & Рассасова, 2006). Вона призначена для визначення особистісної здатності та готовності діяти активно і гнучко в ситуаціях стресу і труднощів. Шкала містить загальний показник життєстійкості та три шкали: прихильності, контролю та виклику. Вона має 45 тверджень і 4 варіанти відповідей від 1 (*повністю не згоден*) до 4 (*повністю згоден*). Альфа Кронбаха становить 0,81.

Для статистичного аналізу отриманих даних використовувалися такі методи математичної статистики: кореляційний, регресійний аналіз. Обробка отриманих емпіричних даних здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм SPSS 21.0 for Windows.

## 2.2. Учасники дослідження

Вибірка нашого дослідження складалася з 380 осіб, серед яких 96 чоловіків (25,26%) та 284 жінки (74,74%) з різних регіонів України, віком від 19 до 62 років. Середній вік  $37,7 \pm 11,1$  року. За способом відбору вибірка є випадковою, щоб уникнути ненавмисного або навмисного викривлення фактів.

## Результати

У Таблиці 1 наведено кореляції між змінними дослідження. Отримані результати коефіцієнта кореляції Пірсона вказують на те, що існує більше кореляцій між первинними здібностями. Таким чином, можна сказати, що наступні первинні здібності мають зв'язок із стійкістю: надія ( $r = 0,533$ ;  $p < 0,01$ ), довіра ( $r = 0,451$ ;  $p < 0,01$ ), контакт ( $r = 0,439$ ;  $p < 0,01$ ) та любов ( $r = 0,419$ ;  $p < 0,01$ ). Це свідчить про те, що витривалість можна розвивати через особистий приклад, через стосунки. Віра корелює з викликом як компонентом витривалості ( $r = 0,325$ ;  $p < 0,01$ ). Сексуальність корелює із загальною витривалістю ( $r = 0,330$ ;  $p < 0,01$ ) та контролем ( $r = 0,335$ ;  $p < 0,01$ ). Це означає, що респонденти

усвідомлюють свої можливості та

характеристики, саморефлексувати та демонструвати саморозуміння. Первинні здібності впливають через відповідні переживання на настрій і фізичний стан, що важливо у стресових ситуаціях.

Серед вторинних здібностей вплив на стійкість мають: пунктуальність ( $r = 0,383$ ;  $p < 0,01$ ), надійність ( $r = 0,381$ ;  $p < 0,01$ ) та досягнення ( $r = 0,358$ ;  $p < 0,05$ ). За допомогою цих вторинних здібностей людина намагається контролювати стресову ситуацію і демонструє hardiness-s.

В результаті нашого дослідження ми виявили, що люди схильні виражати себе в термінах соціально прийнятних якостей, в той же час, реальна поведінка часто виявляється протилежною. Через усвідомлення полюсів з'являється можливість підвищити рівень прийняття та розуміння себе.

Таблиця 1.

Взаємозв'язок витривалості з особистими можливостями

Реальні можливості		Витривалість			
		прихильність	контроль	виклик	загальний показник витривало
Вторинні можливості	Впорядкованість	.265	.277	-.105	.331
	Чистота	-.223	.253	-.157*	.334**
	Пунктуальність	.358*	.029*	.390*	.383**
	Ввічливість	-.023	.163*	-.133	-.103
	Відкритість	.141*	.096	.046	.115
	Досягнення	.388**	.364*	.347	.358*
	Надійність	.311**	.245*	.298	.381**
	Ощадливість	.229	.294	.370**	.328*
	Послух	-.035	.011	.216**	-.071
	Справедливість	.139*	.125	.037	.122
Первинні можливості	Точність	.223**	.158*	.115	.196**
	Терпіння.	.158*	.126	.140*	.159*
	Час	.164**	.273**	.252**	.242**
	Контакти	.483**	.474**	.341**	.439**
	Довіра	.423**	.432**	.368**	.451**
	Надія	.514**	.507**	.387**	.533**
	Сексуальність	.250**	.335**	.283**	.330**
Любов	.420**	.385**	.443**	.419**	
Віра.	.201	.259	.325**	.264	

Примітка: \*\*. Кореляція значуща на рівні 0,01 (двосторонній зв'язок). \*. Кореляція значуща на рівні 0,05 (двосторонній). Цікаво відзначити, що всі три компоненти витривалості (цілеспрямованість, контроль і виклик) мають кореляцію з такими первинними здібностями, як контакт, довіра, надія і любов. Це означає, що емоції займають

місце, і вони є дуже важливими для розвитку життєстійкості. Це можна пояснити тим, що, по суті, первинні здібності відносяться до життєвого досвіду, який був набутий у зв'язку з вторинними здібностями. Отже, розвиток життєстійкості через позитивну психотерапію означатиме, що людина може підвищити рівень прийняття та розуміння себе.

Ми використали регресійний аналіз для визначення прогностичних показників витривалості. У таблиці 2 представлено розрахунок результатів для предикторів витривалості.

Таблиця 2.

Прогностична модель витривалості

Модель	R	Квадрат R	Скоригований R-квадрат	Середньоквадратична похибка
--------	---	-----------	------------------------	-----------------------------

Примітка: Предиктори: (константна) любов, надійність, контакт, досягнення, надія, довіра.

Залежна змінна: витривалість

Як бачимо, первинна здатність любові стоїть на першому місці у формуванні витривалості. Базові установки формуються на основі первинних здібностей і на них потрібно звертати увагу, оскільки вони є основою скринінгу людини та розвитку життєстійкості. Отже, предикторами, які позитивно впливають на життєстійкість, є первинні та вторинні здібності: надійність, контакт, досягнення, надія, довіра.

Актуальні можливості є основним інструментом роботи в позитивній психотерапії, тому що вони є змістом конфлікту, і саме вони є тими ціннісними нормами, які допомагають нам формувати стійкість.

## Висновки

Це дослідження є однією з перших спроб вивчити роль фактичних здібностей (первинних і вторинних) у формуванні життєстійкості. Цей результат підтверджує визначення життєстійкості як індивідуального ресурсу, який може бути посилений, коли люди розвивають свої здібності за допомогою позитивної психотерапії.

Вісбаденський опитувальник для Позитивної психотерапії та сімейної терапії є оригінальним інструментом для вивчення особистісних рис, первинних і вторинних

здібностей. За допомогою цього опитувальника ми вивчали вплив особистісних здібностей на розвиток життєстійкості. У нашому дослідженні ми виявили, що такі компоненти життєстійкості, як цілеспрямованість, контроль і виклик

залучати особистісні можливості у взаємодію з параметрами екзистенційно складної ситуації.

Оскільки актуальні здібності є змістом виховання, вони формуються в індивідів відповідно до потреб суспільства. Вони є соціалізаційними змінними, тому одні здібності переважають над іншими. Це було продемонстровано в нашому дослідженні. Людина формує та розвиває свої здібності залежно від мікро- та макросоціуму. Як наслідок, наша вибірка характеризується наступними показниками. Найсильніші кореляційні зв'язки були виявлені між твердістю та первинними здібностями: контактністю, довірою, надією та любов'ю і вторинними здібностями: досягненням та надійністю. Ми також продемонстрували, що первинні та вторинні здібності як предиктори позитивно впливають на життєстійкість. Первинна здатність любові знаходиться на першому місці серед предикторів витривалості. Залежно від фізичного стану, середовища і часу, в якому живе людина, ці здібності диференціюються і утворюють незмінну структуру сутнісних рис. Ці здібності постійно проявляються в повсякденному житті в різних ситуаціях.

Первинні здібності забезпечують розвиток життєздатності як внутрішнього ресурсу особистості. Залежно від фізичного стану, середовища і часу, в якому живе людина, ці здібності диференціюються і впливають на формування витривалості.

Наше дослідження підтвердило, що ППТ допомагає людям краще зрозуміти, які навички та здібності вони мають, а які їм, можливо, потрібно розвинути, щоб досягти більшого відчуття внутрішнього балансу, що важливо для формування та розвитку витривалості.

Оскільки метою дослідження було з'ясувати значення первинних і вторинних здібностей як актуальних можливостей у формуванні витривалості людини, то ми не встановлювали відмінностей між первинними і вторинними здібностями в цьому процесі. Але це в планах майбутніх досліджень. Також у подальших дослідженнях має бути використаний лонгітюдний план дослідження, який однозначно доведе, що розвиток актуальних здібностей може послідовно впливати на життєстійкість людей, що, в результаті, відобразатиметься на їхньому загальному стані як фізичного, так і психічного здоров'я.

## Посилання

[1] БАРАНАУСКЕНЕ, І., СЕРДЮК, Л., ЧИХАНЦОВА, О. (2016).

Психологія життєстійкості випускників шкіл

- професійне самовизначення. *Соціальне забезпечення: міждисциплінарний підхід*, 2(6), 64-73. DOI: [10.21277/sw.v2i6.275](https://doi.org/10.21277/sw.v2i6.275)
- [2] **ДОБЛЯ, Е., ТА ВІНКЛЕР, П.** (2016). "Позитивна психотерапія" за Селігманом та "позитивна психотерапія" за Песешкіаном: порівняння. URL: <https://www.positum.org/ppt-publications/positive-psychotherapy-according-to-seligman-and-positive-psychotherapy-according-to-peseschian-a-comparison/> [дата звернення: 04.04.2021].
- [3] **ЯНОФФ-БУЛЬМАН, Р.** (1992). Розбиті припущення. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Вільна преса
- [4] **КОБАСА, С. К.** (1979). Стресові життєві події, особистість і здоров'я: дослідження життєстійкості. *Журнал особистісної та соціальної психології*, 37(1), 1-11. DOI: [10.1037/0022-3514.37.1.1](https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1)
- [5] **КУПРЕЄВА, О., ТРАВЕРСЕ, Т., СЕРДЮК, Л., ЧИХАНЦОВА, О., ШАМИЧ, О.** (2020). Фундаментальні припущення як предиктори психологічної стійкості студентів з інвалідністю. *Соціальне забезпечення: міждисциплінарний підхід*, 1(10). С. 96-105. DOI: [10.21277/sw.v1i10.566](https://doi.org/10.21277/sw.v1i10.566)
- [6] **ЛЕОНТЬЄВ, Д., & РАССКАЗОВА, Є.** (2006). Тест життєстійкості [Тест психологічної витривалості]. Москва: Смысл. [https://www.aksp.ru/work/activity/nac\\_strateg/resurs\\_centra/files/soln\\_testgizn.pdf](https://www.aksp.ru/work/activity/nac_strateg/resurs_centra/files/soln_testgizn.pdf) [дата звернення: 04.04.2021].
- [7] **МАДДІ, С. Р.** (2002). Історія витривалості: Двадцять років теоретизування, досліджень та практики. *Журнал консультативної психології: Практика і дослідження*, 54(3), 173-185. DOI: [10.1037/1061-4087.54.3.173](https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173)
- [8] **МІД, Е.** (2021). Що таке позитивна психотерапія? (Переваги та модель). URL: <https://positivepsychology.com/> [дата звернення: 04.04.2021].
- [9] **MESSIAS, E., PESESCHKIAN, H., CAGANDE, S.** (редактори) (2020). *Позитивна психіатрія, психотерапія та психологія - клінічне застосування*. Springer International Publishing, Cham.
- [10] **МУНД, П.** (2016). Концепція витривалості Кобаси. *Міжнародний науковий журнал інженерії, інформаційних технологій та наукових досліджень*, 2(1), 34-40. URL: <https://sloap.org/journals/index.php/irjeis/article/view/243> [дата звернення: 04.04.2021].
- [11] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2000). *Позитивна психотерапія; теорія і практика нового методу*. Авторський дім, Великобританія. ISBN 978- 8120722439
- [12] **СЕРДЮК, Л., ОТЕНКО, С.** (2021). Україномовна адаптація Вісбаденського опитувальника позитивної психотерапії та сімейної терапії (WIPPF). "The Global Psychotherapist", Vol. 1, No.1, pp. 11-14. DOI: [10.52982/ikj135](https://doi.org/10.52982/ikj135)

### Подяки

Автори висловлюють подяку **Людмилі Сердюк**, доктору психологічних наук, професору, завідувачу лабораторії психології особистості Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України за підтримку, роз'яснення щодо використання української версії Вісбаденського опитувальника для позитивної психотерапії та сімейної терапії, а також за можливість проведення дослідження на базі лабораторії психології особистості.

# СПЕКТР ФРУСТРАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ПІД ЧАС ПУБЕРТАТНОЇ КРИЗИ



## Стефанка Томчева

Кандидат наук, психолог, майстер-тренер РРТ (Шумен, Болгарія), Студія психосоціальної підтримки "Селена",

Електронна пошта: [stefani\\_petkova@yahoo.com](mailto:stefani_petkova@yahoo.com)



## Златослав Арабаджієв

Доктор медичних наук, доктор філософії, базовий консультант з позитивної психотерапії (Пловдив, Болгарія)

Електронна пошта: [zlatolini@gmail.com](mailto:zlatolini@gmail.com)

Отримано 25.04.2021

Прийнято до друку 28.06.2021

Опублікована 07.07.2021

## Анотація

У кожній сфері життя - навчальній, академічній чи особистій - підлітки відчувають безліч перешкод на шляху до своїх життєвих цілей. Іноді вони можуть впоратися з ними раціонально, а іноді - емоційно. Якщо вони не в змозі впоратися з цими перешкодами, вони розчаровуються. Щоб впоратися з розчаруванням, підліткам потрібен час, щоб розвинути свої соціальні та емоційні навички. Це означає, що вони повинні мати гнучкість, оптимістичне мислення та вміння контролювати імпульси. У даному дослідженні ми розглянемо реакції підлітків у ситуаціях фрустрації та загальний рівень агресивних тенденцій, а також наявність зв'язку між реакціями фрустрації та агресивною поведінкою. За період 2018-2020 рр. у нашій практиці ми проконсультували 212 підлітків та їхніх батьків. Інформовану згоду на включення у дослідження особливостей та динаміки реакцій у ситуаціях фрустрації було отримано від батьків 109 підлітків, які були чоловічої статі - 57 (52,3%) у віці 12-14 років та 52 (47,7%) у віці 15 -17 років. Результати показали, що підлітки зосереджені на своєму внутрішньому світі і вважають, що світ має бути таким, яким вони хочуть його бачити. Їм не вистачає досвіду, щоб судити і приймати думки, які відрізняються від їхніх власних. Невпевненість у своїх здібностях і навичках вони намагаються приховати, покладаючись на захисні механізми.

**Ключові слова:** фрустрація, підлітки, агресія, криза, позитивна психотерапія

## Вступ

У своєму індивідуальному розвитку людина проходить різні періоди. У кожному з них людина стикається з вирішенням різних "психологічних завдань", для проходження яких потрібен певний ресурс

"успішно". Якщо це відбувається, індивід вирішує відповідну кризу, "накопичує" новий "психологічний досвід" і переходить на вищий рівень особистісного функціонування. Виробляються адекватні рольові моделі та нові копінг-стратегії (Бончева, 2013). У кожній нормативній кризі є: об'єктивні



фактори, найчастіше зміни, що йдуть від навколишнього середовища або фізіологічних процесів, і суб'єктивний фактор - дефіцит, способи виживання і подолання кризи.

Статеве дозрівання справедливо називають кризою. У цей період відбуваються значні зміни у формуванні особистості, які призводять до кардинальної зміни поведінки, інтересів та поглядів підлітків.

Під час кризи статевого дозрівання починається і закінчується один з найскладніших і найсуперечливіших етапів життя кожної людини. Л.С. Виготський (1984) виділяє три фази кризи статевого дозрівання:

- Негативна фаза (передкризова) - починається приблизно на 10-11 році. Система цінностей починає перебудовуватися, ламаються стереотипи. Починаються проблеми у відносинах між батьками і дітьми.
- Справжня криза - 12 - 14/13 - 15 років. Ця фаза може проходити по-різному: від вираженого негативізму до всіх сфер життя, до плавного переходу до оволодіння новими навичками. Розширюється сфера інтересів і спосіб мислення, з'являються нові можливості. Підліток відстоює свою індивідуальність і намагається відокремитися від батьків.
- Позитивна фаза (посткризова). Знаменує закінчення кризи, відносно спокійний період, який характеризується вже розширеним горизонтом (прогностичним мисленням), зміненням світоглядом, сформованими життєвими цінностями та визначеним подальшим шляхом розвитку.

Інтенсивний фізичний та фізіологічний розвиток змушує підлітків по-іншому дивитися на себе. Як зазначає І. Бончева (2013, с. 102), "якщо в попередніх вікових періодах їхнім головним завданням було пристосування до навколишнього світу, то тепер починається свідоме намагання пристосувати світ до своїх зрослих особистісних потреб. Основним конфліктом є боротьба між відносно низьким рівнем психосоціального дозрівання і зростаючою потребою в сексуальній ідентичності". І якщо на початку виклики, з якими стикаються підлітки, - це зміни, яких зазнає організм, то наступним, набагато складнішим викликом є те, як по-новому будувати

свої соціальні стосунки (рис. 1, 2, 3, 4).

**Тіло**

Початок статевого дозрівання, поява вторинних статевих ознак, швидкий ріст і зміни в організмі, різкі зміни настрою, що супроводжуються відчуттям припливу сил і енергії до безпорадності.

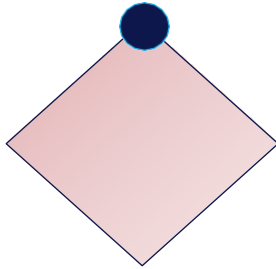


Рис. 1. Тіло

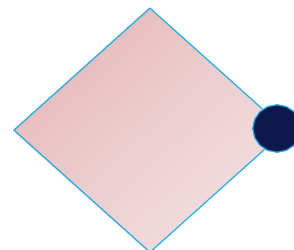
**Досягнення**

**Порушення:** Втрата інтересу до попередньої/старої діяльності, зниження продуктивності когнітивних функцій і зниження працездатності. Прагнення довести свою унікальність будь-якими способами, в т.ч. проблемною поведінкою та неприйняттям норм

**Ресурси:** Диференційоване ставлення до змісту навчання, розширення обсягу та вибірковості знань, уподобань та здібностей. Розвиток вольових якостей: від базових динамічних - сили, швидкості та швидкості реакції, через якісні - здатність витримувати більші та триваліші навантаження - витривалість, наполегливість, терпіння, до складних та диференційованих вольових якостей - зосередженості, послідовності, концентрації та наполегливості.

Потреба у самовизначенні дає поштовх до підвищеної пізнавальної та творчої активності - допитливості, експериментування з різними видами діяльності, участі в різних гуртках та школах.

Рис. 2.  
Досягнення



**Контакти**

**Недоліки:** Впертість, грубість, неслухняність, свавілля, знецінення, ігнорування та/або різке протистояння авторитету дорослого. Часті перепади настрою - від дратівливості, "вибуховості", агресії та негативізму, до плаксивості, байдужості, апатії. Стосунки з дорослими гостро конфліктні, з активним прагненням до сепарації, що виражається в нехтуванні нормами, оскарженні правил, відкиданні та недотриманні обмежень, бунті проти санкцій.

**Ресурси:** Розширення комунікативних навичок, формування та розвиток організаторських здібностей, ділових якостей, підприємливості, дисциплінованості, відповідальності, розширення спектру стратегій вирішення конфліктних ситуацій.

На противагу змісту контакту з дорослими, розвивається прагнення до контакту з однолітками - коло друзів є місцем для вивчення нових моделей та їхнього практичного застосування. У групі друзів усі переживають і діляться одним і тим самим. Рефлексія.

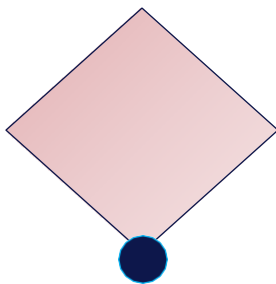


Рис. 3. Контакт

**Майбутнє / значення**

**Дефіцити:** Відчуття відсутності сенсу життя, страх перед майбутнім, невпевненість, безпорадність, безнадія. Сильні внутрішні протиріччя між бажанням і можливостями.

**Ресурси:** Розширення кругозору, збагачення та перебудова системи цінностей - у сфері спілкування - вибіркове ставлення та оцінка інших, самооцінка.

Під час "кризи статевого дозрівання" сприйнятливості підлітків до фрустрації є дуже сильною. Молоді люди стикаються з багатьма викликами, з одного боку, відбувається розквіт творчих, пізнавальних та інтелектуальних здібностей, логічних підходів до вирішення проблем

З іншого боку, період характеризується емоційною нестабільністю, стресовими та фрустраційними ситуаціями, пов'язаними з труднощами психологічного зростання.

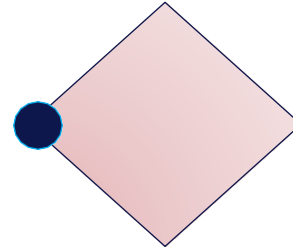


Рис. 4. Майбутнє/значення

Запорукою дорослішання з мінімальними емоційними втратами є формування психологічної стійкості молоді, що базується на впевненості у власних силах і здібностях, умінні приймати виклики і справлятися з ними, гнучкості у підходах до вирішення проблем і подолання складних ситуацій. Іншими словами, йдеться про формування толерантності до фрустрації.

Фрустраційна толерантність визначається як психологічна стійкість до фрустратора, яка ґрунтується на здатності адекватно оцінювати фрустраційну ситуацію і прогнозувати вихід з неї (Л. С. Асейкіна, 2005).

Л. Уайльд (2012) визначає деякі суперечливі риси підліткового віку, які впливають на формування фрустраційної толерантності:

- Молоді люди зосереджені на своєму внутрішньому світі і вважають, що світ має бути таким, яким вони хочуть його бачити.
- Їм не вистачає досвіду, щоб судити і приймати думки, які відрізняються від їхніх власних.
- Вони намагаються приховати невпевненість у своїх здібностях і навичках, покладаючись на захисні механізми.
- Підлітковий вік - це період підвищеної чутливості та частих перепадів настрою.

Вони демонструють тенденцію швидко орієнтуватися на те, як "має бути", а не на те, як є насправді.

**Методологія****2.1. Учасники та учасниці**

Протягом 2018-2020 років ми консультувалися з



Інформовану згоду на включення в дослідження особливостей і динаміки реакцій в ситуаціях фрустрації було отримано від батьків 109 підлітків, всі чоловічої статі - 57 (52,3%) у віці 12-14 років і 52 (47,7%) у віці 15 -17 років.

Мета дослідження: Вивчити реакції підлітків у ситуаціях фрустрації та загальний рівень агресивних тенденцій, а також наявність зв'язку між реакціями фрустрації та агресивною поведінкою.

## 2.2. Інструменти

Первинне психотерапевтичне інтерв'ю - 5-крокова модель методу позитивної та транскультурної психотерапії (Peseschkian H., 2000).

Малюнковий тест фрустрації Розенцвейга (Розенцвейг С., 1945; болгарська стандартизація К. Мечков, 1979). Проективний тест, призначений для вимірювання характерних способів реагування на фрустрацію, в якому респонденту пропонується 24 карикатурних малюнка, на кожному з яких зображено одну людину, яка говорить щось фруструюче іншій, а друга людина зображена з порожньою мовленнєвою бульбашкою. Завдання респондента полягає в тому, щоб заповнити кожну з 24 порожніх мовних бульбашок першою відповіддю, яка спадає на думку. Оцінка базується на дев'яти факторах, які виводяться з комбінацій трьох типів агресії (перешкода-домінування, егозахист і потреба-наполегливість) і трьох напрямків агресії (екстрагресія, імагінація та інтрагресія).

Опитувальник агресії (Басс і Перрі, 1992). Опитувальник агресії Басса-Перрі (BP-AQ) - це чотирифакторний інструмент, що складається з 29 пунктів і вимірює фізичну агресію, вербальну агресію, гнів і ворожість.

## Результати

Під час першої психотерапевтичної бесіди з батьками було надано інформацію, виявлено зміст конфлікту:

- Висока тривожність ("Все, що стосується мого/нашого сина, залежить від мене, я не можу з цим впоратися - я безпорадний, і це проблема!") - у 60,5% батьків, з мінімальною різницею у віці - 31,2% для батьків молодших підлітків (12-14 років) і 29,3% для батьків підлітків (15-18 років).

- Розчарування, незадоволеність, зневіра ("Я/ми не можемо це зробити; Ми повинні бути хорошими батьками, але це не працює! Я не розумію, що відбувається!") переживають 82,5 % батьків, більше батьків молодших підлітків - 47,7 %, серед батьків підлітків - 34,8 %.

- Обурення, роздратування, звинувачення ("Він/вона не такий, як ми очікували!"; "Він/вона поводить себе подиячому, і жодні наші зусилля не допомагають!") виявили 63,3% батьків, відповідно 22,1% батьків молодших підлітків і 41,3% батьків обстежених підлітків.

- Образа, агресія ("Я/ми даю йому/її все, що належить гарним батькам, і очікуємо на гарну поведінку!"; "Він/вона намагається подолати своєю поведінкою, але цього не станеться - покараннями та обмеженнями ми "вилікуємо" його/її впертість!") спостерігається у 38,6% батьків.

- менше у молодших підлітків (15,5%) і приблизно на 8% більше у батьків старших підлітків (22,9%).

На протилежному боці - досвід молодших і старших підлітків. За змістом проблем, які їх об'єднують, їх можна умовно поділити на кілька основних груп: стосунки з дорослими; стосунки з однолітками; проблеми в школі; незадоволеність собою і незадоволеність іншими (таблиця 1):

Таблиця 1.

Проблеми з точки зору молодших підлітків та юнацтва.

Проблеми	Вікова група 12 - 14 років	Вікова група 15 - 17 років
----------	----------------------------	----------------------------

Стосунки з дорослими (батьками та значущими дорослими)	Конфлікти з батьками: "Вони забороняють мені гуляти!"; "Їм не подобаються мої друзі, і ми через них б'ємося!"; "Вони погрожують мені покаранням!"; "Вони постійно мене сварять і ображають!" "Вони звинувачують мене в тому, що я неслухняний, лінивий і	Конфлікти з батьками: "Вони тільки вимагають і зобов'язують!" "Вони мене не розуміють!"; "Вони сперечаються зі мною і обмежують мене"; Вони завжди незадоволені - моїм стилем, музикою, яку я слухаю, моїми друзями ..., з
--	--	--

	безвідповідальні!"; "Вони хочуть, щоб все було по-їхньому - вони мене не розуміють!"; "Я не маю права нічого хотіти чи робити - бо я молодий!"; "Вони купують не те, що я хочу, а те, що вони вирішили!"; "Вони мене не люблять!".	Я сам! "Вони звинувачують мене в ліні та безвідповідальності! "; "На їхню думку, я ні на що не годжуся, якщо не роблю так, як вони хочуть!"; "Вони не вірять мені! "; "Я не маю права голосу!"; "Вони мені не вірять!"
Стосунки з однолітками	Відторгнення, ізоляція, переслідування, агресія, висміювання	Складні стосунки з однолітками - зрада, зрада, відторгнення, цькування, агресія. Нерозділене кохання.
Проблеми в школі	Відсутність інтересу та опору - "Мої батьки вибрали школу, нехай вчаться!"; погані оцінки - "Вони навмисно ставлять мені погані оцінки!"; покарання; бунт проти правил: "Правила створені для того, щоб їх порушувати!"	Відсутність інтересу, нудьга; проблеми з вчителями, несправедливість в оцінюванні, багато вимог, багато домашніх завдань, велике навантаження; нерозуміння, неприйняття, насильницьке нав'язування "дурних" правил.
Незадоволеність собою	Тіло; зовнішність; здібності	Дратівливість, образа, злість на себе: "Все вийшло з-під контролю!"; "Все вислизало від мене!" "Я ні на що не годжуся!"
Незадоволеність з іншими	Інші злі, незадоволені, мстиві, ненавидять мене, ображають і пліткують.	"Вони завжди обурені, вони дратують мене, я розчарований, вони несправедливі".

Для відстеження вікових особливостей фрустраційних реакцій у молодших підлітків і старших підлітків ми використовували тест Розенцвейга "Малюнок - фрустрація".

Достовірність результатів (альфа Кронбаха) - (Alpha Кронбаха) 0,77 у віковій групі 12 - 14 років та 0,86 у віковій групі 15 - 17 років.

Обидві групи продемонстрували найвищі показники у зовнішніх звинувачувальних реакціях як способі подолання фрустрації

(категорія "Е"). Щодо об'єкта, на який спрямована реакція, то найвищі значення спостерігаються у реакціях, зафіксованих на самооборону (категорія "ЕD"). (Таблиця 3).

Порівняно з нормативним діапазоном (К. Мечков, 1979) реакції обох груп є нормальними (код 3).

Таблиця 3.

Значення середніх значень в обох групах

Вік		Е	І	М	ПЕ РЕ ДО ЗУ ВА НН Я	ЕD	NP
12 - 14 років	Це означає.	<b>11,17</b>	4,833	7,684	5,99	<b>10,92</b>	6,77
	N	57	57	57	57	57	57
	ЗПСШ. Відхилення	3,853	1,9419	2,9725	2,304	2,904	2,591
15 - 17 років	Це означає.	<b>9,53</b>	5,442	8,683	4,27	<b>11,88</b>	7,51
	N	52	52	52	52	52	52
	ЗПСШ. Відхилення	3,884	2,1343	2,6972	1,708	2,646	2,500

Значні відмінності між двома групами були виявлені в *тесті* Розенцвейга на *фрустрацію*

*малюнків* у 61,3% дітей віком від 12 до 14 років (порівняно з 38,7% дітей віком від 15 до 17 років).

17 років), тривожність, схильність покладатися на жорсткі стереотипи діяльності та невміння оцінювати ситуацію. Підлітки фіксуються на конфлікті як на події/перешкоді (фактор Е - екстрапунітивні реакції) і через вразливість, бажання нав'язати себе і "мати право голосу" намагаються повернути до себе

увагу до себе. Не менш значущими є й інші учасники фруструючої ситуації: 58,0% молодших підлітків, порівняно з 42,0% старших, схильні реагувати гострим неприйняттям того, що відбувається, бажанням підпорядкувати реальність своїм потребам, прагненням до домінування і нетерпимістю до "чужої волі" (фактор Е - екстрапунітивне реагування). Інший фактор, що має більшу вираженість у молодших підлітків, - це імпульсивне реагування на обставини

(фактор М - імпульсивні реакції), відповідно 61,1% підлітків 12-14 років реагують недбало, легковажно, безвідповідально та/або недооцінюють ситуацію. Така поведінка схильна до емоційних зривів, частій зміни цінностей та астеничних станів.

У характеристиці фрустраційних реакцій у підлітків (15-17 років) порівняно з молодшими підлітками (12-14 років) з високою статистичною значущістю (60,1% у підлітків порівняно з 39,9% у молодших підлітків) виявився фактор "е", який, з одного боку, є показником претензій та очікувань до іншого з метою зняття фрустрації, а з іншого боку, означає активність, схильність до делегування відповідальності та лідерства. У досліджуваних нами молодих людей фактор "е" виявляє значущість у поєднанні з іншими факторами:

- "Я" (інтропунітивні реакції) - ознака самокритики, зосередження на власній неповноцінності, почуття провини, докорів сумління, іноді самозвинувачення і самодискредитації з характерною поведінкою ввічливості та ірраціонального конформізму.
- "М" (імпульсивні реакції) - схильність до байдужості в ситуаціях фрустрації, знецінення або демонстрації байдужості, що, ймовірно, є вибіркоким використанням психологічного захисту "формування реакції" для подолання страху перед новою фрустрацією або для стримування пригніченого агресивного імпульсу, закладеного в уявленнях підлітка про суб'єктивну неприйнятність агресивної поведінки - 53,7% у молодших підлітків, порівняно з 46,3% у старших підлітків).

Таблиця 4.

Значущість відмінностей у двох групах за факторами дослідження Розенцвейга Р-Ф

	E'	E	e	I	M'	M
<b>U-критерій Манна-Уїтні</b>	1028,5	1105,0	740,5	957,0	1030,5	740,5
<b>Вілкоксона W</b>	2406,5	2483,0	2393,5	2610,0	2408,5	2393,5
<b>Z</b>	2,770	2,293	4,527	3,21	2,762	4,527
<b>Асимп. Сиг. (Двохвостий)</b>	,006	,002	,001	,001	,006	,001

Результати опитувальника агресії Басса і Перрі (AQ):

Надійність опитувальника (альфа Кронбаха) для окремих субшкал коливається між 0,73 і 0,79, досягаючи 0,77 для загального показника агресії.

Середні значення досліджуваних змінних вищі в групі підлітків, а значущі відмінності між двома групами виявлено за всіма компонентами агресії, окрім шкали "Ворожість". (Табл. 5 і Табл. 6).

Таблиця 5.

Середні значення для компонентів агресії

Вік		OA	FA	VA	A	H
<b>12 - 14 років</b>	Це означає.	98,74	34,49	22,77	22,89	18,84
	N	57	57	57	57	57
	ЗПСШ. Відхилення	13,915	6,596	6,921	5,554	3,895
<b>15 - 17 років</b>	Це означає.	76,17	23,52	20,46	16,50	15,69
	N	52	52	52	52	52
	ЗПСШ. Відхилення	12,269	6,210	5,465	3,739	3,644

Таблиця 6.

Значущі відмінності між групами за шкалами агресії

	OA	FA	VA	A	H
--	----	----	----	---	---

<b>U-критерій Манна-Уїтні</b>	337,0	362,5	803,0	518,5	1184,5
<b>Вілкоксона W</b>	1715,0	1740,5	2181,0	1896,5	2562,5
<b>Z</b>	-6,948	-6,797	-4,132	-5,855	-1,808
<b>Асимп. Сиг. (Двохвостий)</b>	,001	,001	,001	,001	,071

Діти 2-14 років демонструють готовність використовувати ці дві форми агресії для досягнення своїх цілей. Молодші підлітки відкрито демонструють свою дратівливість, незадоволеність, гнів і запальність. Все ще обмежені когнітивні здібності впливають на сенс поведінки, а відсутність толерантності в досягненні бажаного і сила імпульсу, що керує діями підлітків, надає агресії більш захисного характеру. Обмежений самоконтроль і самооцінка, що формується, яка виражається переважно в чутливості до негативної оцінки і супроводжуваних її емоцій і переживань, схиляють до агресивних дій.

Низькі значення в обох групах за шкалою "Ворожість" є показником того, що дії молодших підлітків і старших підлітків не визначаються тривалим і стійким негативним ставленням до навколишньої дійсності (людей і подій), а скоріше є результатом емоційного стану провокативного характеру, наприклад, гніву.

За визначенням, ворожість - це антагоністичне ставлення до людей, яке включає когнітивний, афективний та поведінковий компоненти. Афективний компонент представлений низкою взаємопов'язаних емоцій, таких як: гнів, роздратування, образа, відраза, презирство та інші. Когнітивний компонент містить негативні переконання про світ та інших людей - недовіру, підозрілість, презирство, упередження та цинізм. Поведінковий компонент включає різноманітний репертуар дій, найчастіше прихованих - пасивно-агресивні дії, небажання співпрацювати та йти на компроміс, уникати контакту (спілкування), холодне ставлення до інших тощо (Barrett et al., 2007).

Пасивно-агресивна поведінка є, мабуть, найгіршим способом проявити гнів - на відміну від відкритого і спонтанного способу, щоб сильно зняти напругу, яка зазвичай слідує за траєкторією: незадоволення - роздратування

- гнів - лють. Підлітки та молоді люди ще не здатні усвідомити свою підступну та руйнівну здатність і не розуміють, що їхній опір та наполегливість заважають ув'язненому гніву вийти на волю. Прикладами такої поведінки є: прокрастинація, впертість, підозрілість, образа, злість, навмисна "нездатність" зробити очікуване або багаторазове невиконання необхідних завдань. На свідомому рівні молода людина вважає, що в такій позиції вона захищається і "дає їм зрозуміти". На несвідомому рівні така поведінка є

спрямовані на те, щоб розлютити та/або засмутити представників влади (батьків, вчителів, вихователів).

"Диму без вогню не буває!" - що є тією іскрою, яка запалює агресивну поведінку підростаючої людини?

### Обговорення

Узагальнена інформація первинного психотерапевтичного інтерв'ю показує, що для того, щоб утвердитися в новій соціальній позиції, юнак намагається вийти за рамки свого поточного стилю контактів. Його зусилля спрямовані на пошук шляхів реалізації своїх "зростаючих" можливостей, прагнення до автономії та незалежності (що переживається як свобода), на розвиток своєї індивідуальності та отримання визнання з боку дорослих, чию модель він повторює, і яким хоче показати свою готовність зайняти місце у "світі великих".

Сфера спілкування з однолітками дуже емоційно насичена. І якщо в другій нормативній кризі (першокласника) успішним результатом є хороший контакт лише з однією людиною - "Мій друг! Мир у групі" (І. Бончева, с.101), то в кризу статевого дозрівання провідним мотивом у поведінці юнака стає закріплення свого місця і самоствердження в групі однолітків. Дружба в цей період є складною і суперечливою, а друзі - джерелом соціальної та емоційної значущості. Оцінка, яку він очікує і отримує від однолітків, набуває першорядного значення і витісняє з поля зору підлітка відносини зі значимим дорослим, але зміст контакту зберігає свій сильний емоційний заряд. Внутрішня боротьба зростаючої особистості - це, з одного боку, сильне прагнення до автономії, незалежності і свободи, а з іншого - потреба відчувати і отримувати любов, терпіння, увагу, довіру і час (первинні можливості), щоб відчувати себе захищеним і стабільним, відчувати себе значущим і цінним.

Саме тут знаходиться "наріжний камінь" у контакті між батьками та молодшими/старшими підлітками. Спільні проблеми показують, в чому полягає розбіжність - батьки мають **очікування** успіху, досягнень, порядку, акуратності, ввічливості, дисципліни, відповідальності (вторинні здібності), а молодші підлітки та підлітки мають **потреби** в підтримці, допомозі, співпраці та партнерстві. Батьки вимагають і звинувачують та/або безпорадно відсторонюються від активного контакту зі своїми

діти, тоді як підлітки або бурхливо протестують, або похмуро мовчать і діють по-своєму.

Незадоволені потреби викликають фрустрацію. Швидкий темп фізичного та когнітивного розвитку призводить до формування нових потреб, а звужений психологічний горизонт "Тут і зараз!" визначає рамки, в яких підліток наполягає на отриманні бажаного.

Виходячи з психологічних особливостей кризи пубертатного періоду, очевидно, що підлітки, в силу своєї вразливості та несформованості Я-образу, обирають демонстративну поведінку - від відкритої агресії, активно-наступальної позиції, прагнення до домінування та нетерпимості до вимог, до імпульсивності та погано обміркованих дійових рішень. Успішний самозахист в їхньому досвіді - це діяльність через звинувачення, вимоги/очікування від іншого взяти на себе відповідальність за те, що відбувається, відкидаючи і заперечуючи власну провину та/або участь, намагаючись "зрівняти сили".

Порівняльний аналіз дозволив продемонструвати особливості фрустраційних реакцій молодших підлітків та старших підлітків у сфері мотиваційних потреб: *руйнування авторитету дорослих, орієнтація на самоствердження в групі однолітків, потреба в самостверженні, самовираженні, відстоюванні власної позиції, отриманні визнання з боку інших, потреба в автономії та незалежності*. З точки зору емоційної сфери та поведінки: *роздратування, образа, гнів, підозрілість, вразливість, фрустрація, імпульсивність, опір, прагнення самостійно вирішити ситуацію, що склалася, впертість, непослух та боротьба, его-захисна поведінка та демонстративність*.

Враховуючи вікові особливості, можна сказати, що загалом реакції фрустрації є нормальними, але переважають неконструктивні фрустраційні реакції, які є тим імовірним бар'єром, що створює іншу реальність у молодих людей і визначає їхні реакції та переживання - образу, підозрілість, ізоляцію та агресію. Загалом в обох групах домінує его-захисний тип реакцій, далі йдуть реакції, зафіксовані на задоволенні потреб, а вплив перешкоди є найслабшим.

Своєю поведінкою підліток надсилає повідомлення батькам, іноді у вигляді неприємних, агресивних нападів, спалахів гніву та та/або опозиційну поведінку. Батьки повинні реагувати на повідомлення, приховане в поведінці, а не на те, якою вона є

передається. У багатьох випадках підлітковий гнів - це спроба (іноді свідомо, частіше ні) заявити про те, що якісь базові потреби не були задоволені або були несправедливо проігноровані.

Молоді люди сповнені обурення і гніву, коли відчують, що не отримують:

- **Повага** - підлітки можуть обурюватися, бо в розмові з батьками відчують, що батьки вважають, ніби вони не заслуговують на повагу. Їх часто вважають більш здібними, ніж батьки готові визнати.
- **Простір** - вони потребують фізичного та емоційного простору для допитливості та експериментів і очікують, що батьки забезпечать їх. Простір, в якому можна досліджувати життя, самих себе, не підкоряючись батьківським правилам, настановам і нав'язаним образам. Їм потрібен простір для формування власного образу "Я".
- **Визнання** - вступаючи в життя дорослих, підлітки ще не мають життєвого досвіду. Вони вперше стикаються з тим, що їхні батьки переживали багато разів. Через це батькам важко зрозуміти сенс їхньої реакції на ситуації, які здаються звичайними. Це нерозуміння призводить до конфліктів: батьки не визнають свої емоції адекватними ситуації, а молоді люди просто ще не навчилися реагувати на коливання (злети і падіння) життя так, як це вже вміють робити батьки. Батькам корисно пам'ятати, що підростаюча людина все ще вчиться жити в складний період, і їй дуже важливо знати, що батьки визнають і приймають реальність і адекватність її переживань.

## Висновки

1. Загалом, в обох групах домінує его-захисний тип реакцій, за яким слідує реакції, спрямовані на задоволення потреб.
2. У групі 12 - 14 років виявляється тривожність, схильність спиратися на жорсткі стереотипи діяльності та невміння оцінювати ситуацію. Молодші підлітки фіксуються на конфлікті як на події/перешкоді і через вразливість, бажання нав'язати себе і "сказати своє слово" намагаються привернути до себе увагу. Молодші підлітки схильні реагувати гострим неприйняттям того, що відбувається, а

- бажання підпорядкувати реальність своїм потребам, прагнення до домінування та нетерпимість до "чужої волі"
3. У характеристиці фрустраційних реакцій у підлітків (15-17 років) з сильною статистичною значущістю виявився фактор "е", який, з одного боку, є показником претензій і очікувань до іншого з метою зняття фрустрації, з іншого боку, це означає активність, схильність до делегування відповідальності і лідерства.
  4. Молоді люди зосереджені на своєму внутрішньому світі і вважають, що світ має бути таким, яким вони хочуть його бачити. Їм бракує досвіду, щоб судити і приймати думки, які відрізняються від їхніх власних. Невпевненість у своїх здібностях і навичках вони намагаються приховати, покладаючись на захисні механізми.
  5. Криза статевого дозрівання характеризується тим, що у підлітка з'являються нові можливості і сили, які раніше були відсутні або перебували в процесі розвитку. Переходячи на вищий щабель розвитку, молода людина відчуває, що у неї вже набагато більше сил, самостійності і волі для вирішення тих завдань, які донедавна вирішували дорослі.

## Посилання

- [1] БАРРЕТТ, Л. Ф., МЕСКІТА, Б., ОКСНЕР, К. Н., ГРОСС, Д. Д. (2007). Досвід емоцій. Щорічний огляд психології, № 58, 2007. стор. 373-403.
- [2] БУСС, А. Х. (1961). *Психологія агресії*. Нью-Йорк: Wiley. 307 р.
- [3] BUSS, A. H. (1966). Інструментальність агресії, зворотний зв'язок і фрустрація як детермінанти фізичної агресії. *Журнал особистісної та соціальної психології*, № 3, 1966. с. 153-162.
- [4] BUSS, A. H., & PERRY, M. (1992). Опитувальник агресії. *Журнал особистісної та соціальної психології*, 63(3), 1992, с. 452-459. DOI: [10.1037/0022-3514.63.3.452](https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452)
- [5] КАСВАН, Д., ВАСМАН, М., ТА ФРІДМАН, Л. З. (1960). Агресія та дослідження малюнків фрустрації. *Журнал консультативної психології*, 24(5), с. 446-452. DOI: [10.1037/h0046233](https://doi.org/10.1037/h0046233)
- [6] ТОМЧЕВА, С. (2021). Підліток між двома берегами. Презентація випадку з психотерапевтичної практики. *"The Global Psychotherapist"*, Vol. 1, No.1, pp. 49-52. DOI: [10.52982/ikj142](https://doi.org/10.52982/ikj142)
- [7] ПЕСЕЧКЯН, Н. (2006). *Позитивна психотерапія; теорія і практика нового методу*. Авторський дім, Великобританія. ISBN 978-8120722439.
- [8] РОЗЕНЦВЕЙГ, С. (1945). Метод картинок-асоціацій та його застосування у дослідженні реакцій на фрустрацію. *Ж. перс.*, № 14, с. 3-23.
- [9] Розенцвейг, С. (1978) *Дослідження розчарування картинами Розенцвейга (P- F)*. Сент-Луїс: Rana House.
- [10] УАЙЛЬД, Д. (2012). Взаємозв'язок між фрустраційною нетерпимістю та академічною успішністю в коледжі. *Міжнародний журнал вищої освіти* 1(2). 2012. DOI: [10.5430/ijhe.v1n2p1](https://doi.org/10.5430/ijhe.v1n2p1)
- [11] АСЕЙКІНА, Л. [AISEIKINA, L.] (2008) *Організація толерантної педагогічної взаємодії на етапі довузівської підготовки іноземних студентів* [Organization of tolerant pedagogical interaction at the stage of pre-university training of foreign students]. Опел.
- [12] БОНЧЕВА, І. [BONCHEVA, I.] (2019). *Психологія дитячого розвитку* [Psychology of child development]. Варна: Славена.
- [13] ВИГОТСЬКИЙ, Л.С. [VYGOTSKIY, L.] (1984). *Проблема віку* [Age problem]. Собр.соч. в 6 т. М.Т.4. 244-268 с.
- [14] ВИГОТСЬКИЙ, Л.С. [VYGOTSKIY, L.] (1984). *Вчення про емоції* [Doctrine about emotions]. Собр.соч. в 6 т. М. Т.6. 318 с.
- [15] МЕЧКОВ, К. [MECHKOV, K.] (1979). *Българска стандартизация на картинно-фрустрационна проба на Розенцвайг* [Болгарська стандартизація картинно-фрустраційної проби Розенцвейга].

# МОЖЛИВІСТЬ АВТЕНТИЧНОЇ ПРИСУТНОСТІ ТЕРАПЕВТА ЯК МЕТОД ЯКІСНОГО ВІДСТЕЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ



## Вероніка Іванова

Кандидат наук, клінічний психолог,  
Сертифікований позитивний психотерапевт (Варна, Болгарія)  
Головний доцент Медичного університету Варни  
Електронна пошта: [veronica\\_ivanovi@abv.bg](mailto:veronica_ivanovi@abv.bg)

Отримано 08.04.2021

Прийнято до друку 28.06.2021

Опублікована 07.07.2021

## Анотація

Існують суперечки та велика кількість методів, які претендують на вимірювання ефективності психотерапії. Більшість досліджень зосереджені на особистості та навичках терапевта, менше - на процесі психотерапії та на тому, як взаємозв'язок між терапевтом і клієнтом змінює цей процес. У цьому дослідженні ми представляємо метод оцінки автентичності та рівня комунікації, натхненний теорією Будгата (Budgental), який досліджує автентичність контакту з клієнтом після кожної сесії, разом з двома факторами, пов'язаними з терапевтом: експресією та відкритістю (рефлексивність за Пешешкіаном). У семантиці позитивної психотерапії це здібності терапевта, здатність до відкритості, емоційного вираження тощо. Результати визначено за допомогою кореляційного аналізу шкали автентичної присутності та комунікації (Альфа Кронбаха Альфа 0,6), яка представляє кореляційний зв'язок між здібностями до експресії та доступності терапевта і рівнем автентичності в терапевтичному спілкуванні з клієнтом. Результати показують, що існує статистично значуща позитивна кореляція (кореляція Спірмена .748 і .511,  $p=0,01$ ) між здатністю до відкритості і високим рівнем автентичності в терапевтичному спілкуванні і негативна кореляція з емоційною експресією терапевта. Підсумовуючи, можна сказати, що рівень автентичності в терапевтичному спілкуванні залежить від здатності до відкритості (відвертості за Пешешкіаном) і потребує протилежної експресивності, а саме інтровертованої функції емоцій, здатної "приймати зміст переживань іншого, не займаючи простір надмірним вираженням своїх емоцій".

**Ключові слова:** ефективність, автентична присутність, позитивна психотерапія

## Вступ

Якщо простежити за розвитком дослідницьких методів у психотерапії, то можна виділити три основні виміри, що представляють дослідницький інтерес, ефективність, результативність і процес дослідження. Психотерапевтичне спілкування якісно відрізняється від спілкування поза терапевтичним кабінетом, але те, що міститься в цьому понятті, є спільною, складною проблемою. Через наші недостатні знання про механізми психотерапії, взаємозв'язок між психотерапевтом і пацієнтом, а також про те, що відбувається в терапевтичному кабінеті, ми не знаємо.

теоретичні концепції моделі та реальна поведінка психотерапевта, який проводить психотерапію, все ще залишається незрозумілою. Дослідження в галузі психотерапії показують, що саме профіль і знання терапевта визначають ефект психотерапії, а не підготовка терапевта і школа, до якої він належить. У цьому сенсі уникнути вимоги до психотерапії обґрунтувати наукові концепції про її дію можливо, якщо зосередитися не на умоглядних структурах, а на принципі діяльності, в різних умовах і в різному профілі психотерапевта.



пацієнтів. Параметри оптимально об'єктивуються за поведінкою в процесі спілкування пацієнтів, оскільки в умовах конкретної соціальної групи особистісні якості існують у вигляді феноменів міжособистісних стосунків.

Емпіричні дослідження психотерапії все частіше вимагають диференційованої об'єктивізації пацієнтів, ролі особистості терапевта та рівнів процесу. Останній визнається особливо важливим, оскільки чисті попередні вимірювання, тобто дослідження параметрів пацієнта до і після лікування, як і будь-які одновимірні дослідження параметрів лікаря і пацієнта, є недостатньо надійними. Без даних про процес психотерапії він залишається неточним, а специфіка моделі не може бути зрозумілою (Veebe, 1998). Саме тому різні види психотерапії, засновані на попередніх вимірах, можуть давати схожі результати (Berríos & Lussa, 2006).

Перехід від попередніх вимірювань ефективності до діагностики психотерапевтичного процесу на рівні одиниць подвійної якості - точної специфікації психотерапевтичної процедури, вивчення окремих втручань психотерапевта і реакцій пацієнта на них - розглядається як головне досягнення в оцінці досліджень (Chattor & Krupnick 2001, Del Prette, Zap, & Del Prette 2008, Elliot, Shapiro, Firth-Cozens, Stiles, Hardy, Lewelin et al. 1994). Специфікації процедури також значною мірою сприяють досягненню мети механізму та комплексних психотерапевтичних підходів.

Досягнення об'єктивних психотерапевтичних цілей, таких як адаптація та пом'якшення симптомів, може бути зосереджене лише на суб'єктивності процесу. Неможливість пацієнта проявити повну присутність є найбільш очевидним і ефективним способом уникнути імпорту його/її суб'єктивності в групову терапевтичну роботу. Недосвідчений і некваліфікований терапевт, згідно з Budjental, 1990, може не помітити, що під час обміну фактами, змістом і симптомами, пацієнт уникає представлення себе як цілісної особистості в процесі терапії. (Peseschkian & Remmers, 2020) У цій ситуації навіть найбільш значущі терапевтичні інтерпретації ризикують перетворитися на абстрактну терапевтичну комунікацію, інтелектуальне накопичення обсягу нових знань, але без автентичності

і, зрештою, без справжнього терапевтичного процесу, що майже не дає психотерапевтичної користі. Тому дослідження рівнів "присутності", ступеня автентичної комунікації, оскільки роль терапевта полягає в тому, щоб, демонструючи виразність і прозорість, допомогти групі досягти більш поглибленого рівня "присутності". Проста передача інформації не є психотерапією (Budjental, The Art of Psychotherapy, 1990), в результаті пацієнт багато знає про себе, але майже не досягає стійких змін у найважливішій сфері своїх стосунків з іншими. Присутність, виразність, автентичність несумісні з психоаналітичними принципами терапевта як інтерпретатора, стороннього спостерігача і критика. Ефект психотерапії дуже сильно залежить від того, на якому рівні присутності знаходиться пацієнт.



Рис.1 П'ять ступенів автентичної присутності та рівні спілкування на Буджелі

1. Формальне спілкування
2. Підтримка контакту
3. Стандартні відносини
4. Критичні обставини
5. Інтимність

Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою, групові показники порівнюються з факторами:

- Висловлювання терапевта
- Доступність терапевта - вміння відкритися

Рівні комунікації або як їх ще називають бюджет "присутності", пов'язані зі здатністю до автентичної доступності та адекватної експресії терапевта. Основна гіпотеза дослідження пов'язана з припущенням, що доступність і експресія терапевта пов'язані зі ступенем автентичної присутності пацієнтів під час групового процесу (Budjental, 1965).

Перший рівень - це рівень формального спілкування. Коли в групі з'являється нова людина, яка не має психотерапевтичного досвіду, вона схильна використовувати звичаї, адаптовані зі своєї культури спілкування. Таку поведінку ми використовуємо у спілкуванні з авторитетом. Формальне спілкування фокусується на об'єктивних характеристиках людей. Ключовою ознакою формальної комунікації є те, що доступність і самовираження стримуються, щоб обмежити участь людини в спілкуванні з іншим і є різновидом опору. Пацієнт тримає все під контролем доти, доки не забезпечить безпеку середини. Цей контроль зосереджений на його образі. Як наслідок, промови стають більш об'єктивними, поверхневими і банальними, а головне - безособовими. Спонтанність мінімальна і практично відсутня (Budjental, 1990).

ВОНИ

Другий рівень - це рівень догляду за гніздом. Деякі пацієнти можуть пропустити цей рівень і перейти одразу до рівня 3, стандартних стосунків, але іншим, особливо в стаціонарних умовах, потрібен проміжний етап. Вони можуть виглядати відокремленими\*\*\*, готовими ділитися, але часто стриманими. Спілкування відбувається у формі вищого рівня участі, обмін інформацією містить лише факти. На цьому рівні спілкування є багато фактичної інформації, і психотерапевт спостерігає емоційні реакції та сигнали готовності перейти на глибший рівень спілкування. Терапевт спрямовує обговорення на такі теми, які мають психотерапевтичне значення (Budjental, 1990).

Третій рівень - це рівень усталеної розмови, оскільки "стандартний" вживається у значенні звичайний, очікуваний. Психотерапевтичне спілкування, в найбільш ефективній частині мало залежить від стандартних, звичних умов. Це перехідний момент, між турботою про імідж і внутрішніми переживаннями. Щире, але обмежене включення особистості. Як правило, таке спілкування не містить конфлікту (Budjental, 1990).

Четвертий рівень, який називається "критичні обставини", за яких вона є значущою, значущою для людини, має вирішальне значення. Розмова на цьому рівні призводить до тривалих змін у думках, почуттях, словах і діях одного або кількох учасників. Для цього рівня характерні сильні актуальні емоції, не так багато спогадів про них. Ознакою глибокого вкладу є щирі описи минулих і поточних внутрішніх переживань і проблем, які переживає пацієнт. Пацієнта більше турбують його внутрішні переживання, ніж зовнішні обставини, оскільки

як здається іншим, соціальна бажаність зменшується за рахунок ширості. Переживання стають більш безпосередніми. Пацієнт починає використовувати більше прикметників, прислівників, щоб передати якість своїх переживань. Слизняки, вигуки, нецензурні слова. Поза стає більш розслабленою і незахищеною, а мова тіла відповідає почуттям. Тут ми маємо сильну експресію і обмежену доступність (тобто людина поглинута своїми переживаннями і не настільки доступна для розуміння).

П'ятий рівень - це рівень інтимності. Це слово було очищене від значення сексуальної близькості. Означає інтенсивність та емоційну близькість, передбачає обмін особистими, таємними переживаннями. Максимальна доступність і експресія, плач, сміх, глибокий страх, ентузіазм, страждання від усвідомленої самотності і відчаю, наростаючий гнів. Суб'єктивне існування клієнта енергійно залучається до процесу внутрішнього усвідомлення. (Budjental, 1990)

Мета дослідження: очікується позитивна і значуща кореляція між здатністю терапевта до відкритості та експресії і двома високими рівнями автентичності терапевтичного контакту - "критичні обставини" та "інтимність", а також низька або негативна кореляція з іншими трьома рівнями автентичності. Передбачається, що чим більш відкритим і експресивним є терапевт, тим більша ймовірність того, що клієнт досягне "інтимного" рівня відвертості.

## Методологія

У цьому дослідженні описані дані 30 учасників, усі підлітки. ( $X = 6,16$ ,  $SD = 3,06$ ). Використовувалися такі клінічні методи: спостереження, психотерапевтичні сесії з підлітками методами ППТ, стаціонарні та амбулаторні. Статистичні методи включають обробку даних за допомогою програми SPSS. Для аналізу даних використовували описову статистику, кореляційний аналіз, частотний розподіл даних та статистику достовірності.

## Результати

Результати були оброблені за допомогою статистичної програми SPSS 19. Використовувалися стандартні методи для такого типу представлення даних - описова статистика, кореляційний аналіз. Дослідження включає 30 сеансів психотерапії. 18 жінок і 12 чоловіків.

Таблиця 1  
Опис зразка

	N	Це означає.	ЗПСШ. Відхилення
Формальний	30	1.7000	.70221
Контакти	30	2.0667	.86834
Стандартний	30	2.7000	1.26355
Критично важливо.	30	2.8000	1.15669
Інтимний	30	4.2333	.67891
Доступність	30	4.0333	.71840
Виразність	30	4.3667	.55605

Статистика

Альфа Кронбаха	Альфа-коefficient на основі стандартизованих	N елементів
----------------	--	-------------

Таблиця 2

## Кореляційний аналіз

Кореляції між факторами, пов'язаними з терапевтом (експресія терапевта, доступність терапевта) та рівнем автентичності терапевтичної комунікації.

Таблиця 3

## Кореляційний аналіз

		Формальний	Контактний	Стандартний	Критично	Інтимний
Доступність	Кореляція Спірмена	.031	-.436	.271*	<b>.748**</b>	<b>.511**</b>
	Sig. (2-хвостова)	.871	.016	.147	.000	.004
	N	30	30	30	30	30
Виразність	Кореляція Спірмена	-.271	-.062	-.054	-.312	.283
	Sig. (2-хвостова)	.746	.763	.757	.093	.129
	N	30	30	30	30	30

\*. Кореляція є значущою на рівні 0,05 (двосторонній зв'язок).

\*\* . Кореляція є значущою на рівні 0,01 (двосторонній зв'язок).

З таблиці видно, що відкритість або здатність до чесності терапевта достовірно позитивно корелює з двома найважливішими рівнями автентичності терапевтичної комунікації (.748 і .511).

Експресія терапевта має низькі кореляції з усіма породами і низькі та незначні кореляції з найвищим рівнем автентичності 5-інтимність.

Мета дослідження, поставлена в кореляційному дослідженні, не була повністю підтверджена. Очікувана позитивна кореляція між відкритістю психотерапевта та критичним рівнем автентичності терапевтичного контакту і клієнтської спільності підтвердилася. Це означає, що теорії про віддаленого, пасивного та загорнутого психотерапевта не виправдовуються, саме відкритість, тобто здатність до саморозкриття, доступність, довіра до клієнта є основою для створення безпечного та захищеного простору, в якому досягається той рівень автентичності терапевтичного шерингу, який дозволяє дійти до близькості та інтимних моментів. Цікавим є результат взаємозв'язку між емоційною експресивністю терапевта та виявленою негативною кореляцією з більшістю рівнів спільності, окрім інтимності, але вона є незначною. Аналіз цього результату важливий з точки зору балансу між відкритістю та експресією, адже

експресивний терапевт займає більше місця в консультативній кімнаті,

але в той же час не схиляє до низьких рівнів автентичності, а також підтримує інтимність. Це можна пояснити тим, що п'ятий рівень автентичності, як його описує Бугентал, - це закриття клієнта, занурення в переживання, сила яких вимагає спокійного, відкритого, але не дуже дорогого терапевта, який зможе "стримати" тривогу клієнта. Ймовірно, емпатія до клієнта, чия розповідь є інтимною, вимагає більшої концентрації, спокійної тиші і невербальної підтримки, яка не є сильно емоційно забарвленою.

Негативна кореляція між доступністю терапевта і контактним рівнем спілкування є неочікуваним результатом. На практиці рівень контакту 2 - це коли клієнт використовує слова, щоб приховати справжні емоції, рівень, коли клієнт говорить і говорить, але не говорить важливих речей. На перших сесіях деякі клієнти багато говорять через страх або страх бути відкинутим терапевтом. Коли підкреслюється доступність, коли терапевт щирий і відкритий, час другого рівня в терапії скорочується, слів стає менше, але вони стають більш автентичними.

У позитивній психотерапії (Peseschkian, & Remmers, 2020) основні здібності, до яких вони відносять як відкритість (відвертість), так і вираження емоцій, пов'язані з емоційною здатністю терапевта.

Таким чином, їхній зв'язок з рівнем автентичності терапевтичного контакту не є дивним.

У розумінні типології особистості за Юнгом (Юнг, 2020) екстравагантна емоція (експресія) більше спрямована назовні, показати, сказати, заявити про себе, подібно до гри акторів, тоді як інша, інтровертна функція емоцій (протилежна експресії в цьому дослідженні) є тією, що необхідна для терапевтичної комунікації, оскільки спрямована на стосунки та процес, на розуміння емоцій іншого та їх мирне прийняття. Таким чином, ми могли б пояснити негативні кореляції, отримані з фактором "Експресія".

## Висновки

Існує багато досліджень, присвячених якостям терапевта як автентичної особистості, його здатності до контакту, підготовці та досвіду (Ablon & Marci, 2004; Nathan, 2003). Більшість дослідників одностайні в тому, що релевантність робочого союзу, в тому числі, відданість діалогу і створення умов, які йому сприяють, є основою належної терапевтичної практики.

Рівень присутності залежить від доступності терапевта, який є автентично доступним і адекватно виразним, розподіляючи свою увагу на зміст і на процес психотерапії. (Budjental, 1990).

Докази, засновані на практиці, характеризуються як "висхідний" процес збору даних, які спираються на досвід клініцистів для обґрунтування терапії. (Dupree, 2007).

Подальшим напрямком дослідження є порівняльне вивчення ролі здатності до емпатії терапевта, а також різних можливостей інвентарю позитивної психотерапії, з факторами, притаманними підходу, які допоможуть визначити ті з них, що підтримують ефективність психотерапії.

## Посилання

- [1] **ABLON, J. S., MARCI, C.** (2004). Психотерапевтичний процес: відсутня ланка: коментар до Вестена, Новотного та Томпсона-Бреннера. *Psychol Bull.* 2004 Jul;130(4):664-68; відповідь автора 677-83. DOI: [10.1037/0033-2909.130.4.604](https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.604). PMID: 15250816.
- [2] **БІБІ, Б.** (1998). Процесуальна теорія терапевтичної дії: коментар до симпозиуму. Втручання, які впливають на зміни в психотерапії. *Журнал психічного здоров'я немовлят*, 19 (3), 333-340.
- [3] **БЕРРІОС, Р. и ЛУЧКА, Н.** (2006) Якісна методологія в дослідженнях консультування: Нещодавні внески та виклики для нового століття. *Журнал консультування та розвитку*, 84(2), с. 174-186.
- [4] **БУДЖЕНТАЛ ДЖ.** (1990). Мистецтво психотерапії. W.W. Norton & Co. ISBN 10-0393309118
- [5] **БУДЖЕНТАЛЬ, ДЖ.** (1965). "Пошук автентичності" - аналітичний підхід до психотерапії. 2nd ed. enl. New York: Irvingston publ.
- [6] **BUCKLEY, V. J., NEWMAN, D. W., KELLETT, S., & BEAIL, N.** (2006). Натуралістичне порівняння ефективності групової терапії та кваліфікованих терапевтів. *Психологія і психотерапія: Теорія, дослідження і практика*, 79 (1), 137-144.
- [7] **ЧАРМАН, Д.** (2003). Парадигми в сучасних дослідженнях психотерапії: критика та аргументація на користь досліджень психодинамічної психотерапії, що базуються на доказах. *Австралійський психолог*, 38 (1), 39-45.
- [8] **ЧАТТОР, І., ТА КРУПНИК, Д.** (2001). Роль неспецифічних факторів у результатах лікування в дослідженнях психотерапії. *Європейська дитяча та підліткова психіатрія*, 10 (Додаток 1), S19-S25
- [9] **DEL PRETTE, Z. A. P., & DEL PRETTE, A.** (2008). Significância clinica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (4), 497-505.
- DUPREE, W. J., WHITE, M. B., OLSEN, C. S., & LAFLEUR, C. T.** (2007). Моделі лікування подружньої невірності: Практичний підхід, заснований на доказах. *Американський журнал сімейної терапії*, 35(4), 327-341. DOI: [10.1080/01926180600969900](https://doi.org/10.1080/01926180600969900)
- [10] **ЮНГ, К.** (2020). *Типи особистості*. Софія: Lege artis. ISBN 9789548311
- [11] **ІВАНОВА, В.** (2021). Сімейна динаміка в психотерапії підлітків з анорексією. *"The Global Psychotherapist"*, Vol. 1, No.1, pp. 34-38. DOI: [10.52982/lkj139](https://doi.org/10.52982/lkj139)
- [12] **NATHAN, P. E., STUART, S. P., & DOLAN, S. L.** (2003). Дослідження ефективності та результативності психотерапії: Між Сциллою та Харібдою? В А. Е. Каздін (ред.), *Методологічні питання та стратегії в клінічних дослідженнях* (с. 505-546). Американська психологічна асоціація.
- [13] **ПЕСЕСКЯН Г., РЕММЕРС А.** (2020) *Позитивна психотерапія: Вступ*. В кн: Мессіас Е., Песешкян Х., Каганде К. (ред.) *Позитивна психіатрія, психотерапія та психологія*. Springer, Cham. DOI: [10.1007/978-3-030-33264-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2)
- [14] **STILES, W., BARKHAM, M., TWIGG, E., MELLOR-CLARK, J., & COOPER, M.** (2006). Ефективність когнітивно-поведінкової, особистісно-орієнтованої та психодинамічної терапії в умовах Національної служби охорони здоров'я Великобританії. *Психологічна медицина*, 36 (4), 555-566.

# ЩО НАШЕ ТІЛО ГОВОРИТЬ НАМ ПІД ЧАС ТЕРАПІЇ?



## Арно Реммерс

Доктор медичних наук, психотерапевт, міжнародний тренер ППТ приватний викладач та супервізор Вісбаденської академії психотерапії (WIAP) (Вісбаден, Німеччина)

Електронна пошта: [arno@arem.de](mailto:arno@arem.de)

Отримано 01.04.2021

Прийнято до друку 28.06.2021

Опублікована 07.07.2021

## Анотація

Вербальна взаємодія здається основним інструментом лікування. У цій статті ми розглянемо несвідому мову тілесної взаємодії, оскільки вона є не тільки важливим передавачем емоційної терапевтичної атмосфери, але й допомагає з'ясувати зміст конфлікту, патерн стосунків і допомагає працювати зі структурними проблемами. Результати досліджень ранньої взаємодії батьків і дітей відображають, як у дзеркалі, специфічні потреби успішних терапевтичних стосунків, особливо в лікуванні розладів особистості. Контрперенесення ґрунтується, головним чином, на усвідомленні власних тілесних реакцій і почуттів, що віддзеркалюють несвідомі теми клієнта. Погляд терапевта на те, як власне тіло реагує на певні імпульси, почуття та емоції, може допомогти виявити пов'язані з ними психодинамічні терміни змісту конфлікту та структурних потреб. Інтерпретація власних тілесних відчуттів може бути корисною у застосуванні позитивної та психодинамічної терапії, а також у когнітивних підходах, що дозволяють розглядати тілесну взаємодію як інструмент для розуміння прихованих планів.

**Ключові слова:** Позитивна психотерапія, контрперенесення, захисні фактори, профілактика, мова тіла

*Ми тремтимо не тому, що боїмося лева,  
але ми тремтимо, і це те, що ми відчуваємо як наш  
страх.  
Іншими словами, емоції - це відчуття тілесних змін".  
Джеймс, 1884*

## Вступ

Вплив мови тіла, взаємодії та ініціативи в ранньому дитинстві

Фізична взаємодія між людьми починається ще під час вагітності між матір'ю та дитиною, на яку впливає взаємодія матері з її оточенням: Деякі дослідники навіть виявили, що пренатальний вплив стресу матері під час вагітності спричиняє більше емоційних та поведінкових проблем у дитини пізніше в школі (огляд у Talge та ін., 2007). О'Коннор та ін. (2002) показали цей пренатальний вплив

навіть якщо мати краще контролювала свою тривогу і депресію після народження дитини (Schmid-Hagenmeyer, 2008). Взаємодія між матір'ю та дитиною, як захисний фактор психічного здоров'я, була виявлена як "дотик матері у взаємодії з дитиною, підтримка матері..., посмішка у взаємодії з матір'ю, експресивна мова в період дитинства дитини". Дослідження показали, що це має сильний вплив на психічне здоров'я навіть через 19 років у дорослому віці, порівняно із взаємодією з матір'ю в дитинстві. Рання активна взаємодія може запобігти депресії, майже незалежно від генетичних факторів. "Чим менше ініціативи проявляла мати в контакті з тримісячною дитиною, тим більш депресивними відзначали себе діти у віці 19 років, а



тим гірше ставало..., що призводило до діагнозу депресії або дистимії". Ці діти також мали більше поведінкових симптомів у віці від 2 до 15 років. Соціальна підтримка вагітних жінок і молодих матерів відіграє важливу роль; чим більше підтримки вони мали, тим більш чуйними вони зазвичай стають зі своїми дітьми. "Емоційна підтримка - це співпереживання, турбота, прихильність, любов, довіра, прийняття, близькість, заохочення чи турбота. Це тепло і турбота, які надають джерела соціальної підтримки". Всі ці здібності та прихильність виражаються мовою тіла і подібні до тих, що ми відчуваємо під час терапевтичних сеансів.

### Методологія

*Мова тіла* , *особистість*  
*та* *терапевтичні стосунки*

Існують різні способи сприйняття мови тіла, пов'язані з конкретними особистостями з їхнім стилем сприйняття та специфічною оцінкою сприйнятої мови тіла. Фукс і Кох (2014) чітко описують це: "Ми розглядаємо емоції як результат кругової взаємодії між афективними якостями або можливостями навколишнього середовища і тілесним резонансом суб'єкта, будь то у формі відчуттів, поз, виразних рухів або тенденцій руху. Таким чином, рух і емоція нерозривно пов'язані: людина рухається рухом (сприйняття; враження; прихильність) і рухається, щоб рухатися (дія; експресія; е-рух). Завдяки своєму резонансу тіло функціонує як середовище емоційного сприйняття: воно забарвлює або заряджає самопереживання і навколишнє середовище афективними валентностями, залишаючись при цьому самим собою на задньому плані власної свідомості. Ця модель потім застосовується до емоційного соціального розуміння або інтеракції, яка розглядається як переплетення двох циклів втіленої афективності, таким чином постійно модифікуючи афективні можливості та тілесний резонанс кожного партнера. Ми завершуємо міркуваннями про те, як втілена афективність змінюється в психопатології і може бути розглянута в психотерапії втіленого "Я"...

"Особливість почуттів полягає в тому, що вони ... впливають на всі сфери: досвід, самовираження, інструментальну поведінку та фізіологію. Почуття - це лакмусовий папірець стану обговорення проблеми тіла і душі. Спадковість почуттів, темпераменту, навіть емпатії доведеться відкрити заново, і нам, ймовірно, доведеться поступитися їй

набагато більшою часткою, ніж це було прийнято в психоаналітичних колах (Zahn-Waxler et al., 1992)".

перебуває в процесі все більшого просвітлення: "Емоції - це не лише емпіричні репрезентації фізіологічних процесів, але й функція організаторів та інтеграторів важливих фізіологічних процесів і, особливо, нашого імунологічного захисного потенціалу. "...Нейропептиди (ε) основними молекулярними медіаторами емоцій (Pert, 1986)... Нейропептиди найбільш щільно локалізовані в лімбічній системі. Ця область мозку особливо важлива для емоційних неврологічних аналогів. ...Ця нейропептидна мережа (формує) біохімічну основу для того, що емоційні стимули можуть модулювати появу і розвиток або регресію біологічних захворювань". "Витіснення агресивних почуттів ( $p < 0,001$ ), гумористичний настрій. активний захисний або копінг-стиль, підвищена загальна емоційність... тісно пов'язані з імунною компетентністю та імунною недостатністю"

### Заявка

*Як ми можемо розглядати взаємодію тіла в терапії?*

Як терапевт я можу відчувати сильний гнів або навіть презирство, але я не буду віддавати його безпосередньо афективно, а скоріше як "контейнер", щоб прийняти проєкції, трансформувати їх і розмістити в моїх інтервенціях у лікувальний спосіб. Якщо це правильно, то вірно і протилежне: як терапевт, ви можете відчувати всередині себе, що реагуєте дуже емпатично і з любов'ю на пропозиції пацієнта, і в той же час діяти зовсім по-іншому в афективній поведінці мікроекспресії. Це також піддається перевірці і зустрічається частіше, ніж ми думаємо". (Краузе, 1996). Краузе (Krause, 1996) описує першорядну важливість розпізнавання типу почуттів у психотерапії для успіху терапії, навіть як фактор прогнозу під час перших сеансів. Крім того, активна взаємодія з клієнтом з використанням усвідомлення власних почуттів стає для нього моделлю усвідомлення власних почуттів та імпульсів.

Несвідоме часто проявляється між рядків, інтерпретується в підрядному реченні, недоречній перерві в розмові, обмовці або в супутніх символах мови тіла. Коли пацієнт говорить, ми можемо спостерігати за його невербальною комунікацією: Чи хапає він вас за руку, чи наближається до вас, вимагаючи привітання? Чи витягнута його рука далеко від себе, щоб тримати дистанцію з вами, щоб швидко прибрати руку після рукостискання? Мовні картинки на кшталт: "Там земля йде з-під моїх

"Я втрачаю хватку" або "Я втрачаю хватку" досить чітко відображають мову тіла. Невербальна комунікація є революційною для несвідомого процесу, який розгортається між вами і вашим пацієнтом з першої хвилини. Тіло спілкується не лише за допомогою міміки та жестів, але й через кровообіг шкіри (пацієнт червоніє або зігрівається), запах тіла (наприклад, піт від тривоги, який люблять маскувати великою кількістю парфумів), вологі руки, зміни в диханні та реакції зіниць. Навіть якщо ваше свідоме спостереження пропустить ту чи іншу деталь мови тіла, ваші несвідомі системи сприйняття неявно вловлять її. У цьому відношенні самоспостереження терапевта також належить до спостереження в дуже особливому сенсі. Не тільки збирайте дані, але й відчувайте свого пацієнта: Що люди викликають у вас у почуттях, вегетативних реакціях, упередженнях, оціночних судженнях, страхах, бажаннях, фантазіях, спогадах?

## Обговорення

Герд Рудольф (Küchenhoff, 2017) описав підсвідомий базовий конфлікт тривоги розлуки і втрати при депресії таким чином, що згодом тривога втрати прив'язаності і стосунків стає причиною депресивних реакцій. Емоційно значущі, активні та фізично інтерактивні терапевтичні стосунки можуть тут мати цілощю якість, тобто те, якими ми є, як ми ставимося до клієнта, має більший вплив, ніж те, що ми "робимо" або який метод ми застосовуємо. Чеботарьова І. С. (2001) описала важливість емоційності та особистості вагітних жінок у терапевтичній взаємодії та динаміку змін у процесі лікування позитивною психотерапією в Казані, Росія. З іншого боку, в підручнику "Позитивна психотерапія" термін "емоція" не зустрічається в покажчику, так само як і посилання на "почуття" або "афект". У порівнянні між диференціальним аналізом і дуже афективно підкресленою первинною терапією за А. Яновим, Пешечкян відносить емоційну сферу з пошуком любові і визнання до первинних актуальних здібностей. Однак він має справу з емоціями та афектами в оповіданнях, не роблячи саму емоцію предметом дослідження; він розглядає їх радше як фізичний аналог визначеного змістом мікроконфлікту, який зріла людина може контролювати когнітивно.

## Висновки

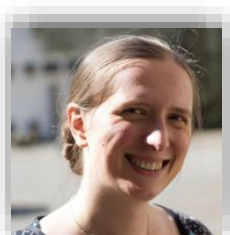
Процес терапії працює з почуттями як тілесними відчуттями на несвідомому, а згодом і на свідомому рівні: Відчувати, відчувати, сприймати, називати і записувати почуття і тілесні функції - це перший крок спостереження і дистанціювання в процесі позитивної психотерапії. Щоб диференціювати почуття і тілесні реакції на наступному етапі, ми можемо перевести їх у глибинний зміст здібностей, цінностей, змісту конфліктів і патернів взаємовідносин у зв'язку з досвідом та історією пацієнта. Назвати почуття, яких не вистачає пацієнтові, чи прикриті вони захисними механізмами, чи не здатні відчувати, стає підбадьоренням у ситуації пацієнта та його оточення. Почуття сигналізують про конфлікти - їх вирішення можливе через розуміння мови тіла як вираження внутрішніх конфліктів, які також можна відчутти в контрпереносі. Надання можливості пацієнтові усвідомлено переживати відчуття і диференціювати їх зміст на відносини розширює можливості клієнта.

## Посилання

- [1] **BOESSMANN, U., REMMERS, A** (2011). *Das Erstinterview: Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung* [Перше інтерв'ю: Практика психодинамічного анамнезу, практика психодинамічного анамнезу, діагностика, встановлення показань та планування терапії]. Deutscher Psychologen Verlag; 1., Edition. 136 s.
- [2] **CHO, S.M., KIM, E.J., LIM, K.Y., LEE, J.W., SHIN, Y.M.** (2015). Вплив материнської депресії на проблеми психічного здоров'я дітей залежно від статі дитини. *Community Ment Health J.* 2015 Apr;51(3):354-8. DOI: [10.1007/s10597-014-9824-6](https://doi.org/10.1007/s10597-014-9824-6)
- [3] **CROCKENBERG, S., & ACREDOLO, C.** (1983). Рейтинги темпераменту немовлят: Функція немовлят, матерів чи обох? *Поведінка та розвиток немовлят*, 6(1), 61-72. DOI: [10.1016/S0163-6383\(83\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(83)80008-3)
- [4] **FUCHS, T. & KOCH, S.** (2014)). Втілена афективність: Про те, як рухатися і бути рухомим. *Frontiers in Psychology*, 5, Article 508. DOI: [10.3389/fpsyg.2014.00508](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00508)
- [5] **КРАУЗЕ, Р.** (1996). Гіпертонічна невідкладна проблема. Офіційний журнал Товариства академічної медицини невідкладних станів. Том 3, випуск 6, червень 1996, с. 646-647. DOI: [10.1111/j.1553-2712.1996.tb03477.x](https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03477.x)
- [6] **КЮХЕНХОФФ, Й.** (2017). *Депресія*. Psychosozial Verlag. S. ISBN 978-3-8379-2705-4
- [7] **ЛАУХТ, М.** (2011). Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit [Фактори ризику та захисту в дитячому віці]. *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim GAIMH Jahrestagung*, Wien, № 16, 2011, pp. 17.-19.

- [8] ПЕРТ, К. Б. (1986). Мудрість рецепторів: нейропептиди, емоції та тіло. *Adv Mind Body Med*. 2002 Fall;18(1):30-5. ДЖЕРЕЛО: 12523304.
- [9] РЕММЕРС, А (2019). Лекція на конференції "25 років позитивної психотерапії в Болгарії", Варна, Болгарія, 18.05.2019
- [10] РЕММЕРС, А. (2021). Бути чи не бути - Гамлет і психотерапевтична техніка: Про терапевтичний альянс, зростання та ефективну терапію. "Глобальний психотерапевт", Том 1, № 1, с. 39-44. DOI: [10.52982/lkj140](https://doi.org/10.52982/lkj140)
- [11] SCHMID-HAGENMEYER, В. (2008). Einfluss der frühen Mutter-Kind-Interaktion auf die Depressivität und Stressreaktivität in jungen Erwachsenenalter unter Berücksichtigung moderierender genetischer Faktoren [Вплив ранньої взаємодії матері та дитини на депресивність та стресову реактивність у молодому дорослому віці з урахуванням помірних генетичних фактори до уваги]. *Рупрехт-Карлс-Університет Гейдельберга, медичний факультет, Мангейм, дисертація, скорочена версія*. URL: <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/11803> (дата звернення: 30.03.2021)
- [12] ZAHN-WAXLER, С., RADKE-YARROW, М., WAGNER, Е., & SHARPMAN, М. (1992). Розвиток турботи про інших. *Психологія розвитку*, 28(1), 126-136. DOI: [10.1037/0012-1649.28.1.126](https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.1.126)
- [13] ЧЕБОТАРЬОВА, І. С. [СНЕВОТАРЕВА, І. С.] (2001): Емоційність і особистість вагітних і мінлива динаміка в процесі позитивного психотерапевтичного лікування [Емоціональність и личность беременных и изменяющаяся динамика в процессе позитивного психотерапевтического лечения]. *Психологічна дисертація, факультет медичної психології та загальної психології, Казанський університет, Росія*.

# ВИКЛИКИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ДОРΟΣЛИМИ З АУТИЗМОМ



## Єва Добіала

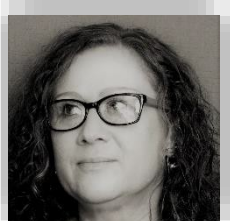
Доктор медичних наук, психотерапевт і супервізор-стажер Польської психіатричної асоціації, базовий тренер з КПТ, Центр психічного здоров'я в Лешно, Центр позитивної психотерапії в Лешно, Institutum Investigationis Scovorodianum при Autism Team Foundation (керівник психіатричної секції, Польща), Фонд Prodeste (Польща).

**Електронна пошта:** [edobiala@gmail.com](mailto:edobiala@gmail.com)



## Рената Стефанська-Клар

Магістр, кандидат наук, психолог-консультант, терапевт Державна вища професійна школа в Рацібужі, Інститут педагогічних досліджень, Інститут досліджень Сковородинум при Фонді "Аутистична команда" (керівник психологічної секції, Польща) **Електронна пошта:** [renata.stefanska-klar@wp.pl](mailto:renata.stefanska-klar@wp.pl)



## Олександра Румінська

Магістр, Докторська школа Сілезького університету в Катовіце, Institutum Investigationis Scovorodianum при Autism Team Foundation (координатор міждисциплінарних досліджень, Педагогічна секція, Польща)

**Електронна пошта:** [aleksandra.ruminska@us.edu.pl](mailto:aleksandra.ruminska@us.edu.pl)



## Пауліна Голаска-Цесельська

Магістр, кандидат наук, психолог, терапевт Центр підтримки стосунків у Познані, Institutum Investigationis Scovorodianum при Autism Team Foundation (Психотерапевтична секція, Польща)

**Електронна пошта:** [kontakt@wspieraniereleacji.pl](mailto:kontakt@wspieraniereleacji.pl)



## Мацей Дурас

Магістр, педагог, терапевт Центр підтримки відносин у Познані

**Електронна пошта:** [maciej@wspieraniereleacji.pl](mailto:maciej@wspieraniereleacji.pl)



## Вероніка Яняк

магістр, журналіст, політолог, активіст і волонтер Фондації FIONA, Фондації FURIA в Познані

**Електронна пошта:** [wejaniak@gmail.com](mailto:wejaniak@gmail.com)

Отримано 19.03.2021

Прийнято до друку 28.06.2021

Опублікована 07.07.2021

## Анотація

Розлади аутистичного спектру (РАС), як нейро-диверсифікована модель розвитку, вражає від однієї до двох осіб на кожні 100 людей. Люди з аутизмом стикаються з різними проблемами протягом кожного десятиліття свого життя. Труднощі в сенсомоторному функціонуванні, емоційних кодах, спілкуванні та пізнанні, хоч і спричиняють емоційний дистрес, формують основу для розвитку унікальної культури. Знання, розуміння, повага та відкритість до нейророзмаїття є фундаментальними передумовами для транскультурних та позитивних психотерапевтів і будь-якого фахівця, який має намір надавати психологічну допомогу людям з аутизмом. У цій статті ми обговорюємо медичні, психологічні та соціокультурні аспекти аутистичного спектру та представляємо основні цілі терапевтичної роботи з дорослими аутистами.

**Ключові слова:** дорослі, розлад аутистичного спектру, рекомендації, позитивна психотерапія

та терапевтичній підтримці вже зараз є великою в аутистичному середовищі.

## Вступ

Через різні особливості розвитку аутисти часто стикаються з нерозумінням своїх унікальних потреб з боку оточуючих, в тому числі психотерапевтів. У сучасній медичній та психологічній науці не існує "золотого стандарту" терапевтичного втручання для людей з аутизмом. У той же час, наше розуміння аутистичного спектру змінюється і дуже швидко застаріває. У той час як існує безліч терапевтичних втручань, призначених для дітей та підлітків з аутизмом (Greenspan & Wieder, 2014), існує лише кілька втручань, призначених для дорослих з аутизмом, що робить наявну допомогу недостатньою. Кількість дорослих людей з аутизмом у світі важко оцінити. Епідеміологічні дослідження зазвичай проводяться серед дітей, а їхні результати екстраполюються на загальну популяцію, що видається не зовсім правомірним. Одне з небагатьох досліджень, проведених серед дорослих (Brugha et al., 2007), показало, що у Великобританії поширеність розладів аутистичного спектру становить 1%. Клінічний досвід свідчить про те, що кількість дорослих аутистів, які отримують свій діагноз аутизму дуже пізно,

Наприклад, після тривалих пошуків і численних візитів до різних фахівців або після виявлення власної нейрорізноманітності через діагностику власних дітей, зростає з кожним роком. Це зростання особливо помітне серед жінок, діагностична оцінка яких вимагає особливих знань і уваги з боку фахівців, які тільки починають вчитися ефективно розпізнавати тонкі прояви жіночого аутистичного фенотипу (Rynkiewicz et al., 2019). Як показано далі в цій статті, потреба в психологічній

з низької причин, і вона буде зростати зі збільшенням чисельності цієї групи населення. Якщо фахівці не враховують специфіку аутистичного спектру, ця робота може виявитися неефективною і стати джерелом розчарування для всіх залучених сторін.

### *1.1 Загальний огляд дорослого життя*

Дорослість - це найдовший етап розвитку в житті людини, що охоплює кілька десятиліть між підлітковим віком і старістю, межі якого визначаються біологічними, демографічними, соціальними та культурними факторами. Це пов'язано з тим, що тривалість життя, темпи старіння та правові норми і правила, що регулюють різні вікові питання, впливають на те, хто вважається особою, яка досягла віку згоди, наприклад, на шлюб, хто підлягає кримінальній відповідальності або має право на вихід на пенсію. Вікова психологія запропонувала багато класифікацій стадій розвитку, які часто не збігаються у визначенні вікових меж дорослості. Наприклад, Е. Еріксон або Р. Хевігерст вважали початком дорослості 18 років, а далі поділяли її на: ранню дорослість (18-35 років), середню дорослість (так звана "середина життя", 35-60 років) та пізню дорослість (понад 60 років). Д. Левінсон значно розширює ранню дорослість, розміщуючи її між 17 і 45 роками, де кожен п'ятирічний період позначає її початок і кінець, розглядаючи його як перехідну фазу (Brzezinska та ін., 2015).

Дані сучасних досліджень свідчать про дедалі більш "запізніле настання дорослості" у сучасних молодих людей, що проявляється у тому, що вони довше навчаються на денній формі навчання, пізніше розпочинають постійну кар'єру, а також створюють сім'ю або народжують першу дитину після 30 років (Brzezińska та ін.).

Syska, 2016). Тому поділ дорослості, запропонований сучасними авторами, має враховувати це, хоча не зовсім зрозуміло, чи слід називати ключовою проблемою "відкладання" дорослості, а не її "запізнілий початок". Відповідно, Бі (2004) припускає, що рання дорослість починається у віці 20 років і триває до 40 років, середня дорослість припадає на період між 40 і 60 роками, після чого настає пізня дорослість. Таке зміщення віку початку дорослості впливає на наступні вікові періоди, розмиваючи їхні межі. Відповідно до вищезазначеного, Бжезинська та ін. (2015) поділяють життя людини на 4 окремі етапи: раннє і пізнє дитинство (від народження до 10-12 років), підлітковий вік (від 10-12 до 20-25 років) і дорослість (від 20-25 років до кінця життя).

Олесь (2015), з іншого боку, постулював чотири критерії, виконання яких підтверджує, що людина досягла дорослості. Перший критерій (1) - це прийняття та виконання життєвих завдань дорослої людини. Традиційно до них відносять наявність роботи та створення сім'ї. Однак сьогодні ступінь соціальних і ментальних трансформацій у нашій культурі, а також зміни в умовах, в яких ці життєві ролі виконуються, вимагають перегляду життєвих ролей і завдань, властивих дорослим людям. Отже, на сьогодні дорослими можна вважати осіб, які визначилися з напрямками своїх життєвих пошуків, обрали переважний вид діяльності (не обов'язково професійного характеру), визначили свої прагнення на найближчі 10-20 років і здатні до активних і наполегливих спроб жити обраним життям. Щодо створення сім'ї, то зараз це очікування все частіше замінюється готовністю і здатністю будувати довготривалі стосунки або дотримуватися свого вибору жити самотнім. Другий критерій (2) - здатність брати на себе відповідальність за себе та інших. Третій критерій

(3) досягнення незалежності, зокрема емоційної, від батьків (опікунів/захисників). Це не обов'язково означає покинути родинний дім, що, як стверджує Олесь, не є найважливішим. Натомість, на його думку, це здатність робити самостійний вибір і приймати рішення без необхідності підтримки чи схвалення процесу прийняття рішень "дорослим". Четвертий критерій (4) - це свобода вибору і пов'язане з нею прагнення реалізувати свої бажання і прагнення. Це вимагає сміливості (щоб жити незалежним життям), наполегливості (щоб виконувати дорослі життєві ролі) і витримки (перед обличчям труднощів і

незважаючи на труднощі та невдачі, постійно прагнути до досягнення своїх цілей.

Якщо замислитися над цими критеріями, стає зрозуміло, що дорослість - це не про вік. Натомість ключову роль відіграють фактори, пов'язані з людиною та ступенем її особистісного розвитку, а також контекстуальні фактори, що створюють поле можливості, необхідності та прийнятності її дій.

### 1.2. Дорослішання в аутистичному спектрі

Оцінюючи психосоціальні функції дорослих людей з аутизмом з метою визначення їхніх потреб для надання достатньої підтримки, необхідно враховувати низку факторів, які впливають на їхнє повсякденне життя, окрім тих, що зазвичай асоціюються з їхнім поточним етапом життя. Це все біологічні/медичні, психологічні та соціальні наслідки нейророзмаїття, тобто аутистичного патерну розвитку, які необхідно досліджувати поза межами звичайної психопатологічної перспективи (Stefańska-Klar, 2017a; Stefańska-Klar, 2017b).

### 1.3 Медичні аспекти аутизму

Сучасне розуміння спектру аутизму передбачає його нейробиологічну природу, в основі якої лежать як генетичні (Sandin та ін., 2014; Risch та ін., 2014), так і середовищні фактори, що впливають як на пренатальний, так і на постнатальний розвиток мозку. Дослідження, проведені на сьогоднішній день, не змогли виявити жодного ізольованого причинного фактора. Таким чином, розлади аутистичного спектру вважаються одним з найбільш гетерогенних нервово-психічних розладів. Численні когортні дослідження (наприклад, Hviid et al., 2019) виключили зв'язок між аутизмом і вакцинацією, який був запропонований у 1998 році і відтоді став популярним. З іншого боку, у людей з аутизмом було підтверджено варіації у понад 700 генах. Однак серед них лише кілька мутацій *de novo* (Ruzzo et al., 2019). Отже, навіть якщо гени, очевидно, відіграють певну роль в аутизмі, їх фенотипічна експресія в аутистів залишається дуже мінливою (Veenstra-Vanderweele та ін., 2004), на що впливає низка пренатальних, перинатальних та постнатальних факторів (Wang та ін., 2017).

Специфіка аутичного пізнання, сенсорних і моторних функцій, а також комунікації становить медичну проблему протягом усього життя дорослої людини з аутизмом разом із супутніми захворюваннями, як фізичними, так і психічними, включаючи первинні та вторинні розлади. Ці супутні захворювання, які є дуже поширеними, сприяють

висока варіабельність клінічних проявів у дорослих з аутизмом.

Нещодавні дослідження показують, що 50% людей з аутизмом мають щонайменше чотири підтвержені супутні захворювання (психіатричні, неврологічні, ендокринні, ревматологічні, шлунково-кишкові тощо), ревматологічні, шлунково-кишкові тощо) і що понад 95% дітей з аутизмом мають щонайменше одне додаткове діагностоване захворювання (Baron-Cohen, 2020). У клінічній практиці 83% дітей з аутизмом мають інші порушення нейророзвитку, 10% - принаймні один психічний розлад (тривожний розлад, депресивний розлад, розлад харчової поведінки тощо), а 16% мають супутній неврологічний розлад. Проблеми зі сном мають від 50% до 73% людей з аутизмом, причому поширеність залежить від прийнятого визначення сну або інструменту оцінки, що використовується в дослідженні (Hodges et al., 2020).

Поширеність психічних захворювань і розладів значно зростає з віком в популяції аутистів, що, як вважають, пов'язано з дитячими та підлітковими мікротравмами і травмами. Приблизно 50-70% дорослих людей з аутизмом мають принаймні один діагностований психічний розлад. Ризик розвитку депресії та шизофренії у людей з аутизмом у 3 рази та 22 рази вищий, ніж у неаутистичній популяції, відповідно. Незважаючи на те, що ризик суїцидальної спроби в аутистів у 5 разів вищий, лише 50% людей, які намагаються покінчити життя самогубством, мають попередній діагноз депресії. Поширеність аутоімунних, ендокринних та ревматологічних захворювань також значно вища серед людей з аутизмом порівняно із загальною популяцією. Єдине популяційне проспективне дослідження показало, що ризик смертності в популяції аутистів майже вдвічі вищий, ніж у загальній популяції (Mouridsen та ін., 2008).

#### *1.4 Психологічні труднощі дорослих з аутизмом*

Люди з аутистичними рисами (незалежно від того, чи мають вони офіційний діагноз, чи ні) стикаються з низкою психологічних труднощів, як специфічних для їхнього стану, так і тих, що зазвичай виникають у інших дорослих людей через низку причин. Психологія розвитку, клінічна психологія та психологія здоров'я надають інструменти для групування цих труднощів, які трансформуються в різні підходи до консультування (Czabała & Kluczyńska, 2020). Деякі з цих проблем є

наслідком внутрішніх і зовнішніх бар'єрів на шляху просування через послідовні стадії розвитку та/або виконання відповідних завдань розвитку, позитивного вирішення нормативних життєвих криз. Це також можуть бути труднощі з підтриманням оптимального психічного

здоров'я та пов'язане з ним психологічне благополуччя, яке впливає із задоволення від життя, яке людина сприймає як осмислене, плідне та сприятливе для подальшого особистого розвитку.

Всесвітня організація охорони здоров'я (2004) визначає психічне здоров'я як "стан благополуччя, при якому людина реалізує свої здібності, може справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати і робити внесок у своє суспільство". Отже, з психологічної точки зору, психічне здоров'я є побічним продуктом розкриття повного потенціалу людини з точки зору задоволення її потреб, реалізації її прагнень, планів і цілей, виконання завдань, які мобілізують її внутрішні та зовнішні ресурси, а також позитивного подолання стресу та складних життєвих подій. Звідси впливає визнання психічного здоров'я як *необхідної* передумови для досягнення всього, від чого залежить благополуччя, тобто хорошого і плідного функціонування людини, позитивного пристосування до життєвих змін і самореалізації в досягненні своїх прагнень.

Дослідження психологічного функціонування дорослих людей з аутизмом підтверджують висновок про те, що це група, особливо вразлива до стресу та його наслідків, а також до переживання емоційних криз різного походження. Важливим фактором є дезадаптація до навколишнього середовища, пов'язана з ситуативними стимулами або викликами і труднощами соціального життя (Hirvikoski & Blomqvist, 2015). Притаманна аутистам специфіка отримання та обробки сенсорної та семантичної інформації, а також міжособистісні та соціальні труднощі (що охоплюють когнітивні, емоційні та практичні аспекти) означають, що багато ситуацій, які більшість нейротипових людей вважають звичними та керованими, стають значно складнішими для людини з аутизмом. Деякі ситуації можуть навіть ставити людину на межу психічної та фізичної безпеки, будучи надзвичайно енергозатратними і вимагаючи значної інтенсивності діяльності в різних сферах, щоб виправдати очікування, досягти мети або просто дожити до завершення ситуації. Слід зазначити, що емоційні та енергетичні витрати, про які йдеться, значно вищі, ніж у нейротипової людини. Коли такий досвід стає регулярним або навіть постійним, людина живе у стані хронічної втоми, що призводить до періодів виснаження і навіть суб'єктивного відчуття "життєвого вигорання" (Stefańska-Klar, 2020). Нездатність впоратися з такою ситуацією може призвести до

нетипових наслідків, які іноді сприймаються оточенням як шокуючі.

Це можуть бути раптові афективно-поведінкові спалахи (meltdowns) або енергетичний зрив, що проявляється як тривала нездатність рухатися, відстороненість від подразників або навіть занурення в глибокий сон, незалежно від фізичного місцезнаходження (shutdown). За відсутності підтримки та доступу до особистих ресурсів виснаження призводить до того, що отримало назву "аутистичного вигорання" - стану, що загрожує здоров'ю або навіть життю. Окрему групу психологічних труднощів, з якими стикаються люди з аутизмом, становлять труднощі, пов'язані з несвоечасним (тобто прискореним або уповільненим) досягненням наступних етапів психосоціального та особистісного розвитку.

Система розладів, що виникають внаслідок невідповідності між інтелектуальними здібностями, готовністю до виконання конкретних завдань розвитку та соціальними, комунікативними чи емоційними навичками. Або ж вони можуть виникати через неготовність взяти на себе певні ролі всупереч суспільним нормам та очікуванням, явно чи неявно висловленим значущими для індивіда людьми (Stefańska-Klar, 2017). Суспільство може "підштовхувати" людину з аутизмом до виконання ролей і завдання які вважаються відповідними віку відповідними до віку, статусу або очікуваними соціокультурними нормами. Або ж, підживлюване страхом, занепокоєнням чи упередженнями, воно може створювати бар'єри, перешкоджати його/її активності або не дозволяти йому/їй здійснювати певні дії. Психологічним наслідком цього є відсутність або втрата автономії, емоційні кризи, депресія та/або вивчена безпорадність. З іншого боку, наслідки аутизму можуть спричинити труднощі в досягненні власних цілей та задоволенні власних потреб навіть у людини, яка успішно реалізує свій особистий життєвий план, за відсутності або всупереч бар'єрам чи перешкодам. Хоча такий вплив може стосуватися лише окремої людини (особистісні проблеми, особистісні труднощі тощо), він часто впливає на ближче і більш віддалене соціальне оточення людини, наприклад, стосунки з б л и з ь к и м и , в сім'ї, на роботі, в районі тощо. Люди з аутизмом, які перебувають у стосунках, створили сім'ю і мають дітей, стикаються з проблемами, типовими для пар або сімей, де один з членів сім'ї страждає на аутизм, будь то дорослий, дитина/діти або обидва. За таких обставин аутистичні риси одного або обох з подружжя/партнерів впливають на питання, які

завзвичай розглядаються в сімейному консультуванні, сімейній терапії та психологічній підтримці батьків дітей з аутизмом, що завжди слід враховувати при роботі з цією групою клієнтів. Наприклад, батьки аутистів можуть побоюватися, що вони недостатньо компетентні

виховувати свою неаутичну дитину, відчуваючи нездатність зрозуміти її або адекватно реагувати на її потреби.

та принципів, що лежать в її основі (Bokszanski, 2005),

Інша група психологічних труднощів пов'язана з самооцінкою та самоприйняттям, суб'єктивним сенсом життя та задоволеністю життям, які складають основу психологічного благополуччя протягом усього життя. Сюди входять всі питання, пов'язані з обізнаністю про аутизм, розумінням його наслідків, прийняттям діагнозу, самовпевненістю, а також позитивною оцінкою свого місця у світі та якості своїх стосунків з іншими людьми. Як і слід було очікувати, потреби молодих людей будуть відрізнятися від потреб людей середнього та похилого віку. Тому важливо визначити етап дорослого життя, на який впливають особистісні та екзистенційні труднощі людини з аутизмом (Stefańska-Klar, 2017).

### 1.5 Соціальні та культурні виміри аутизму: питання аутичної самоідентифікації

Аутична самоідентичність, що визначається як когнітивне самосприйняття людини з аутизмом у всіх можливих відносинах із собою та навколишнім світом, може почати розвиватися лише після того, як про аутизм стало відомо. Формування самоідентичності вимагає вкорінення в суспільстві та культурі, за яким слідує конструкт усвідомлення та самоусвідомлення, здатність ідентифікувати себе з іншими та порівнювати власні риси з рисами інших людей. А. Гідденс (2012) визначає самоідентичність як *"рефлексивний проект себе, який полягає в підтримці послідовних, але постійно переглянутих біографічних наративів і відбувається в контексті множинного вибору, що фільтрується через абстрактні системи"*. Аутична самоідентичність, як колективна ідентичність соціального руху, когнітивне самосприйняття, спільне для груп людей зі схожими характеристиками, визначеними як аутичні риси, є новою і динамічною реальністю, проте глибоко вкоріненою в культурі, створеною суспільством і типовою для нього. Вона вписується в модель ідентичності опору з проективними характеристиками, визначену Бокшанські (Bokszanski, 2005), оскільки соціальні суб'єкти маргіналізовані логікою домінування, через що вони відчувають себе стигматизованими. Їх часто виключають з повноцінної участі в суспільному житті, що додатково підштовхує їх до опору, який призводить до прийняття правил, відмінних від тих, яких дотримується та частина суспільства, яка їх виключає. Діяльність спрямована на комплексну трансформацію соціальної структури

Така діяльність призводить до якісних змін у рівні усвідомлення та розуміння аутизму, що є однією з ключових цілей аутичної самоадвокації, і демонструє риси, що відповідають проєктивній моделі ідентичності. Таким чином, вони є значущими з точки зору праксеології. Це значною мірою заслуга рухів самозахисту, які мають на меті розширити можливості груп та окремих осіб, допомогти їм відновити свою суб'єктність та забезпечити належне дотримання прав людини та громадянських прав. Тому самоадвокація зосереджена на таких соціологічних категоріях, як довіра, активність, соціальна ідентичність, турбота, гідність і повага, представництво, співпраця і суб'єктність (Raclaw & Trawkowska, 2017).

Історія рухів самозахисту людей з аутизмом бере свій початок у 1990 році, коли був заснований перший такий рух ідентичності людей з діагнозом "аутизм" - Національний комітет аутизму (Autism National Committee, AUTCOM) - *"...з метою захисту та просування прав людини і громадянських прав усіх людей з аутизмом та пов'язаними з ним відмінностями у спілкуванні та поведінці. Перед обличчям соціальної політики знецінення, яка виражається в практиках сегрегації, медикалізації та аверсивного обумовлювання, ми стверджуємо, що всі люди створені рівними і наділені певними невід'ємними правами, і що серед них є життя, свобода і прагнення до щастя"*

<https://www.autcom.org/about.html>

[дата звернення: 30.08.2020].

Інша подібна організація, Міжнародна мережа людей з аутизмом (Autism Network International, ANI) - це організація самопомоги та захисту прав людей з аутизмом, створена в 1992 році Джимом Сінклером, Кеті Грант і Донною Вільямс. Мета організації - допомогти людям з аутизмом визначити позитивні способи життя з аутизмом і функціонування в нейротиповому світі, дати їм відчуття приналежності до спільної аутистичної культури, а з 1996 року - ділитися і розширювати знання, засновані на безпосередніх свідченнях людей з аутизмом, які беруть участь у

конференціях Autreat

[https://www.autreat.com/History\\_of\\_ANI.html](https://www.autreat.com/History_of_ANI.html) [дата звернення: 30.08.2020].

У 2006 році Арі Неман та Скотт Майкл Робертсон заснували Мережу самозахисту людей з аутизмом (ASAN), міжнародну організацію, девіз якої: Нічого про нас без нас. Вона була заснована у відповідь на законодавство США, а також на неточне зображення в ЗМІ людей з аутизмом як

несамостійних, небезпечних і таких, що потребують інтенсивної аверсивної терапії. ASAN виступила проти Autism Speaks - організації, яка стверджує, що підтримує людей з аутизмом та їхні сім'ї, на

на підставі їхнього системного, стратегічного ігнорування людей з аутизмом, їхнього внеску в стигматизацію людей з аутизмом та виключення людей з аутизмом з публічних дебатів з питань, які їх безпосередньо стосуються. ASAN ініціювала кампанію з внесення законодавчих змін, щоб запобігти використанню Освітнім центром судді Ротенберга градуйованого електронного сповільнювача (GED), пристрою для електричної стимуляції, розробленого засновником центру Метью Ізраелем. Американське управління з контролю за продуктами і ліками (FDA) заборонило GED лише у 2020 році, після того, як Організація Об'єднаних Націй двічі засудила цей пристрій як тортури. Однак JRC все ще використовує інші методи лікування аверсивної поведінки для своїх студентів та резидентів (<https://www.masslive.com/news/2020/03/after-fda-bans-judge-rotenberg-center-from-using-electric-shock-devices-advocates-seek-public-apology-reparations.html> [дата звернення: 01.09.2020]).

визначення є квінтесенцією для самоадвокації людей з аутизмом. Хоча воно не виключає співіснування аутизму та інвалідності, воно вказує на те, що таке співіснування не є

Ініціативи на місцях є важливими для дискурсу про місце людей з аутизмом у суспільстві, тому, наприклад, такі аутистичний рухи самозахисту та організації третього сектору, що працюють з людьми з аутизмом та їхніми союзниками і від їхнього імені, були створені і в Польщі. Це організація самозахисту людей з аутизмом "Ясна сторона спектру" (пол. Jasna Strona Spektrum) та самозахисники аутистів, які об'єдналися навколо Асоціації Марії та Макса (пол. Stowarzyszenie Mary i Max). Крім того, Фонд "Аутистична команда", організація для людей з аутизмом, їхніх родин, друзів та союзників, має "Клуб свідомої молоді", низову ініціативу, започатковану Яном Гавроньскі, молодим аутистом, який сам себе захищає. Всі ці групи забезпечують психологічну освіту для людей з аутизмом, їхніх родин, вчителів/вихователів та інших фахівців. Деякі з цих ініціатив додатково спрямовані на сприяння позитивним змінам у законодавстві та інфраструктурі, щоб зменшити соціальну інвалідність людей з аутизмом. Про це йдеться на сайті ASAN: *Аутизм (...) не є хворобою. Це неврологічний стан, стан розвитку; він вважається розладом і призводить до інвалідності в багатьох і різноманітних формах. Це на все життя. Вона не шкодить і не вбиває з власної волі. Це повчальний і значущий компонент ідентичності людини, який визначає способи, в які людина відчуває і розуміє навколишній світ. Вона є всепроникною*" (<https://autisticadvocacy.org/about-asan/identity-first-language/> [дата звернення: 04.09.2020]). Це

банальність. Аутизм - це не функціональний дефіцит або недолік, який можна і потрібно виправляти. Людина з аутизмом, яка росте і розвивається в дружньому середовищі, буде свою самоідентичність на основі особистих ресурсів і ресурсів, отриманих від оточення, тому аутизм не можна розглядати як "доповнення" до особистості. Більше того, як зазначає Сабіна Павлік, самозахисники аутистів, чия діяльність сприяє формуванню публічного дискурсу про аутизм, дедалі більше контролюють категорії, якими вони визначаються, викриваючи такі темні сторони, як евгеніка, інституційне насильство та стигматизація, з якими стикалися багато людей з аутизмом (Pawlik, 2015). Прагнення визначити нормальність на основі того, що є спільним, однорідним та уніфікованим, шляхом відкидання того, що відрізняється, глибоко вкорінене в нашій культурі. Все, що викликає засмучення, тривогу або здивування, має бути досліджене і пояснене (Brauner & Brauner, 1988). Оскільки дослідження обмежене ресурсами та інструментами, неосвічені громади створювали власні народні історії, міфи та легенди. У них людей з особливостями розвитку називали "підкидьками" (польською: *podrzutki*, *podciepu*, *niańduchy*, *zamienoki*, *znajdu*, див. Kojder-Demska, 2020), тобто дітьми, яких підкинули в сім'ю богині, ельфи, добрі люди або інші персонажі чарівного світу. Таке емічне уявлення про інвалідність досі суттєво впливає на рівень суспільного сприйняття інвалідності чи відмінностей у розвитку. Це відображено в численних забобонах, наприклад, щодо вагітних жінок і немовлят. Немовлятам досі носять червоні стрічки як захист від зла, а мотив "лихого ока" присутній у всіх культурах. Дехто досі вірить, що інвалідність може бути покаранням від Бога за гріхи предків або наслідком поганого виховання.

На сприйняття аутизму також вплинув розвиток соціальних наук, починаючи з Л. Каннера та Г. Аспергера, чії роботи охоплювали поняття та діагностичні критерії аутизму. Пізніше психогенна теорія аутизму Беттельгейма з її центральною концепцією "матері-холодильника" завдала значної незворотної шкоди людям з аутизмом та їхнім сім'ям (Rosmalen & Veer, 2020). На жаль, це також стосується прикладного поведінкового аналізу з використанням аверсивних методів лікування, розроблених Ловаасом (Kirkham, 2017). Нарешті, сучасні автори, такі як Т. Атвуд, Т. Галковські або С. Барон-Коен, безперечні експерти в галузі дослідження аутизму, також внесли свій внесок у

сучасне сприйняття та розуміння аутистичного спектру.

В обговорюваному проекті ми з самого початку нашої роботи керувалися девізом: "Людина понад усе", маючи на меті поставити пацієнта/клієнта, його/її емоції та потреби на перше місце в терапевтичній підтримці, незалежно від його/її когнітивного та соціального потенціалу, самосвідомості, емоційної регуляції, стану здоров'я чи незалежності. Таким чином, парадигма гуманістичної терапії, в якій сприйняття людини як суб'єкта, а не об'єкта, є центральним для всіх видів діяльності, що спирається на її сильні сторони і захищає її вразливі місця, незалежно від її (нейро)різноманітності або інвалідності, стала центральною для рекомендацій, постульованих у цьому документі. Ця парадигма відповідає соціальному визначенню інвалідності та сприйняттю інвалідності з точки зору нормалізації, інтеграції та емансипації (Krauze, 2010). Визначення аутизму як нейророзмаїття, а не розладу, є важливим аспектом самоідентифікації аутистів і фактором, що сприяє зміцненню та підтримці психічного здоров'я людей з аутизмом.

## Методологія

Ці рекомендації були написані в рамках проекту "Поінформованість та взаємовідносини. Покращення доступу до психологічної терапії для дорослих з аутизмом", що реалізується Центром підтримки відносин в рамках проекту "Генератор доступності: Інкубатор соціальних інновацій" в рамках Операційної програми "Розвиток освіти знань", Пріоритетна вісь IV "Соціальні інновації та транснаціональне співробітництво", Дія 4.1 "Соціальні інновації", що співфінансується Європейським Союзом через Європейський соціальний фонд. Метою було надихнути на роздуми про специфіку та відмінності (психо)терапевтичної роботи з нейро-різноманітними особами. Авторський колектив, що є членами робочої групи проекту, представляє різні галузі науки та клінічної практики. Ми вирішили представити різні перспективи та способи розуміння спектру аутизму в дорослому віці. Описова мова цієї роботи була задумана як надпарадигмальна, тому терміни пацієнт/клієнт використовувалися як взаємозамінні для позначення людини з аутизмом, яка шукає терапевтичної підтримки, залишаючи поза увагою обговорення значень, що вкладаються в ці терміни. Ми твердо переконані, що, незалежно від того, чи



є основою розробки та надання будь-яких послуг з підтримки. Відповідно, головною метою таких послуг завжди має бути сприяння їхньому оптимальному благополуччю

- як фізичного, так і психічного - з можливістю розкрити свій потенціал у добрих стосунках з близькими людьми. Цільовою аудиторією цієї статті є дослідники та клініцисти різних професій, які стикаються або можуть зіткнутися з нейрорізноманітними дорослими в рамках своїх ролей. Ми переконані, що терапевтична зустріч з людиною з аутизмом відрізняється від зустрічі з нейротиповою людиною і, як така, потребує окремого, поглибленого обговорення. Відповідно до обмежень проекту, аутистична людина позначається тут як доросла людина з аутизмом без супутньої інтелектуальної недостатності (також відома як нездатність до навчання, НД). Питання психологічної терапії дорослих аутистів в супутньою РАС є досить актуальними і значущими, щоб бути предметом окремого проекту з подальшим написанням окремої статті або навіть книги. Усвідомлюючи потребу в таких рекомендаціях, ми маємо намір розробити їх в рамках наступних соціальних інноваційних проектів.

## Результати

Наведені нижче рекомендації є підсумком висновків робочої групи, а потім трьох груп рецензентів:

- три незалежні психотерапевти, які мають досвід роботи з пацієнтами з аутизмом
- троє незалежних людей з аутизмом, які мають досвід психотерапевтичного процесу
- трьох незалежних психотерапевтів, які протягом трьох місяців впроваджують розроблені авторами рекомендації у щоденну психотерапевтичну роботу.

### 3.1 Цілі терапії у дорослих з аутизмом

Дуже вразливі та з унікальним психосоціальним профілем, дорослі та діти з аутизмом, безсумнівно, можуть отримати користь від терапевтичної підтримки, яка повинна бути спрямована саме на них:

- (1) ідентифікація власних фізіологічних та емоційні стани з подальшою їх саморегуляцією,
- (2) підвищення самосвідомості,
- (3) розуміння власних потреб і самопочуття і навчитися зустрічатися з ними та просувати їх,
- (4) впоратися з сенсорною гіперчутливістю, а також

(5) прийняття своєї нейрорізноманітності. Люди з аутизмом мають високий ризик розвитку психічних розладів - депресії, тривоги, сильної психосоматичної реакції на стрес - які, як правило, є вторинними по відношенню до

протягом усього життя, оскільки вони піддаються високому рівню стресу з раннього віку - у навчанні, стосунках з однолітками, кризах розвитку, професійній кар'єрі та/або сімейному житті (якщо людина вирішує мати сім'ю). Це підкреслює нагальну та життєво важливу потребу

мають намір працювати) з пацієнтами з аутизмом. Одна з цих рекомендацій включає основні терапевтичні цілі, які можуть/повинні бути враховані в роботі

в підвищенні обізнаності та розширенні розуміння унікальних когнітивних, емоційних та соціальних аспектів аутизму серед фахівців

(включаючи терапевтів), а також у навчанні їх, як ефективно підтримувати дорослих людей з аутизмом. Незалежно від того, якої форми набуває таке підвищення обізнаності, воно завжди варте зусиль. У рамках проекту

"Поінформованість і стосунки: Покращення доступу до психологічної терапії для дорослих

людей з аутизмом", що реалізується Центром підтримки взаємовідносин в рамках проекту

"Генератор доступності: Інкубатор соціальних інновацій" Операційної програми "Знання.

Розвиток освіти", Пріоритетна вісь

IV "Соціальні інновації та транснаціональне

Соціальні інновації та

транснаціональне співробітництво, Захід 4.

1 Проект "Соціальні інновації",

співфінансований Європейським Союзом через

Європейський соціальний фонд, був спробою

заповнити прогалину в підтримці, що

пропонувалася дорослим людям з аутизмом.

Метою проекту було привернути особливу увагу

до психосоціальної ситуації дорослих людей з

аутизмом, які не мають розумової відсталості, а

також стимулювати дискусії та роздуми про якість

доступної підтримки. Результатом проекту, окрім

цієї статті, стала освітня брошура, що містить

детальні клінічні рекомендації для фахівців, які

працюють з дорослими з аутизмом, а також

навчальний відеоролик, який представляє

рекомендації у збагаченому, більш динамічному

вигляді (всі ресурси будуть доступні на сайті

[www.wspieranierelacji.pl](http://www.wspieranierelacji.pl) і можуть бути отримані

безпосередньо від авторів). Використовуючи

можливості проектів соціальних інновацій,

ресурси, розроблені робочою групою проекту,

були переглянуті як експертами за фахом

(психологами), так і експертами за досвідом

(психотерапевтами). досвід

(пацієнти/клієнти з аутизмом). Це

гарантувало, що розроблений контент був

науково обґрунтованим і добре відповідав

потребам його одержувачів, як прямих

(психотерапевтів), так і опосередкованих

(дорослих з аутизмом). Проект було реалізовано

з вересня 2020 року по травень 2021 року.

Робота з проекту розробила низку

з дорослими з аутизмом ефективно, з повагою та гідністю. Ці цілі можуть, зокрема, включати

- Розвиток Я, тобто покращення усвідомлення себе, формування ідентичності, зміцнення самооцінки, розвиток філософії прийняття та/або ствердження свого стану з аутизмом, одночасно розвиваючи прийняття (та/або ствердження) унікальності інших людей, таким чином сприяючи позитивному ставленню до людського розмаїття.

Ці чотири елементи (самосвідомість, цілісна самоідентичність, здорова самооцінка незалежно від рівня здібностей та прийняття нейрорізноманітності, як власної, так і інших людей) є найважливішими терапевтичними цілями при роботі з аутистами будь-якого віку - дітьми, підлітками та дорослими.

- Посилення саморегуляції та навичок подолання труднощів, особливо в емоційно напружених ситуаціях або під час сенсорного перевантаження;

- Розвиток емоційної грамотності та обізнаності (починаючи з визначення емоцій на основі тілесних симптомів) і робота над емоційною зрілістю;

- Розуміння власних потреб, за яким слідує розуміння потреб та емоцій інших людей;

- Визначення методів і заходів релаксації (масаж, остеопатія, мануальна терапія, медикаментозне лікування, фізична активність - індивідуальна або в групі), а також стратегій саморегуляції та самозаспокоєння (стимуляція, акупунктурний килимок, ковдра з обтяженням тощо);

- Розвиток здатності підтримувати динамічну психоемоційну рівновагу та повертатися до неї після короткочасних підйомів/спадів;

- Розвиток мотивації та компетентності будувати стосунки, ставати частиною ширшої спільноти та робити позитивний внесок у неї доступними та взаємовигідними способами, відчувачи при цьому задоволення від такого внеску та приділяючи увагу емоційним потребам інших людей;

- Спираючись на свої сильні сторони - досліджувати свої особливі інтереси та пристрасті, відходячи від шкідливого, негативного погляду на особливі інтереси/пристрасті аутистів як на прояви розладу ("зацикленість" або "стереотипна поведінка").

- Підтримка людей у визначенні їхніх сильних

сторін і талантів, а також у постановці відповідних SMART-цілей.

- Розвиток впевненості в собі, особливо у тих, хто зазнав "терапевтичних втручань", які нехтували їхніми потребами та правом на автономію (такі люди є винятковими пацієнтами; іноді фахівець також може зіткнутися з дорослими, які повністю залежать від інших дорослих - їхніх опікунів - незважаючи на явний потенціал і здатність до більш незалежного життя).

Ми наголошуємо на цих конкретних цілях, оскільки вони ігноруються в багатьох інших запропонованих втручаннях для людей з аутизмом (незважаючи на їхню чітку роль у зміцненні та підтримці оптимального психічного здоров'я) на користь втручань, спрямованих на усунення аутизму або виправлення того, що є "аутистично зламаним". Спираючись на аргументацію польських і міжнародних дослідників та організацій, ми заохочуємо зміну перспективи в бік більш гуманістично орієнтованого погляду, заснованого на повазі до унікальності кожної людини.

До стратегій, які можуть допомогти досягти описаних вище цілей і які можуть бути використані професіоналами, відносяться, в першу чергу, такі

(1) терапевтичні стосунки, засновані на довірі та позитивному ставленні,

(2) створення відчуття безпеки за допомогою розуміння і прийняття, які демонструє клієнту терапевт, його послідовних відповідей, ставлення і стабільної, передбачуваної обстановки, які клієнт вважає важливими для себе.

Для багатьох людей з аутизмом це також стосується зовнішнього вигляду терапевта (наприклад, зачіска, колір волосся, одяг тощо), планування терапевтичної кімнати (також важливо в онлайн-терапії). Будь-які значні зміни можуть викликати засмучення, невпевненість або відволікання уваги, що заважає зосередитися на самій розмові;

(3) безперервність і регулярність сеансів (частоту сеансів можна змінювати, якщо дотримуватися регулярних інтервалів), уникаючи раптових, різких змін.

Більшість пацієнтів з аутизмом віддають перевагу більш частим сеансам для обговорення змін, що відбуваються в них самих, їхньому оточенні та взаємовідносинах між ними і навколишнім середовищем, особливо якщо ці обговорення допомагають їм у повсякденному житті. Однак, якщо терапія не є частиною державної системи охорони здоров'я або субсидується за рахунок зовнішнього фінансування з постачальником послуг третього сектору) *Spence et al. 2016*

визначатимуть тривалість терапії та частоту сеансів;  
(4) відкритість терапевтів і готовність досліджувати нові ідеї, рішення та техніки для задоволення потреб

потреби пацієнта, чії потреби змінюються впродовж стосунків, і який може потребувати різних видів діяльності або викликів.

Це вимагає від терапевтів гнучкості та креативності, а також здатності вчитися у своїх пацієнтів, мотивації вести за собою своїх клієнтів і супроводжувати їх, заохочуючи до змін;

(5) надання клієнту широких можливостей випробувати набуті навички та застосувати їх на практиці, спочатку в терапевтичному кабінеті, а потім і в житті;

(6) розглядаючи особистий розвиток людини як всеохоплюючий принцип для всього, що відбувається в рамках терапії.

Це означає, що поряд з найближчими або короткостроковими цілями, повинні існувати довгострокові цілі, які визначають напрямок змін у поведінці та особистості клієнта, а також забезпечують загальний напрямок у його поточній роботі над власним життям. Очевидно, що клієнти все ще залишаються головними архітекторами і творцями себе і свого життя. Терапевт є їхнім свідомим супутником, іноді беручи на себе роль провідника чи порадирика, але ніколи не роблячи вибір/рішення за людину.

## Висновки

Зростаюче усвідомлення нейророзмаїття в суспільстві створює необхідність бути одночасно уважними в діагностичному середовищі та усвідомлювати потенційні виклики в терапевтичному середовищі при роботі з людьми з аутизмом. Позитивна психотерапія (ППТ за Пешешкіаном, з 1977 року), завдяки своїй гуманістично-психодинамічній природі та глибокому осмисленню транскультурної динаміки (Dobiata & Winkler, 2016), є одним із перспективних підходів у психологічній терапії людей з аутизмом (Dobiata, 2020). Ми усвідомлюємо потребу в подальших дослідженнях і публікаціях, які б сприяли обговоренню та рефлексії щодо нейрорізноманітної специфіки різних аспектів психологічної терапії людей з аутизмом, включаючи терапевтичну угоду, стосунки та процес.

Слід також зазначити, що аутизм у дорослому віці не є станом, який потребує термінового психологічного чи психіатричного втручання, оскільки сам по собі аутизм не є захворюванням, яке потрібно лікувати чи виправляти. Однак психологічна терапія, особливо для тих, хто виріс у середовищі, яке не сприймає їхню нейрорізноманітність і не

сприяє їхній автономії та незалежності, може виявитися важливим, потужним рушієм змін, що розуміються як розвиток хорошого, здорового

життя людей з аутизмом. Цей документ є одним із результатів проекту "Поінформованість та стосунки: Покращення доступу до психологічної терапії для дорослих людей з аутизмом", що реалізується Центром підтримки взаємовідносин в рамках проекту "Генератор доступності: Інкубатор соціальних інновацій" в рамках Операційної програми "Розвиток освіти знань", Пріоритетна вісь IV "Соціальні інновації та транснаціональне співробітництво", Дія 4.1 "Соціальні інновації", що співфінансується Європейським Союзом в рамках Європейського соціального фонду. Як члени команди проекту, ми сподіваємося, що зміст цієї публікації, брошури та навчального відео, які спрямовані на зміну сприйняття аутизму та підвищення якості й актуальності послуг підтримки для забезпечення всебічного, цілісного розвитку людей з аутизмом, надихнуть на роздуми, сприятимуть оновленню та покращенню розуміння аутизму дослідниками та практиками, які працюють з дорослими людьми з аутизмом.

## Посилання

- [1] Після того, як FDA заборонило судді Центру Ротенберга використовувати електрошоківі пристрої, адвокати вимагають публічних вибачень та відшкодування збитків. *Ресурс MassLifemedia*. URL: <https://www.masslive.com/news/2020/03/after-fda-bans-judge-rotenberg-center-from-using-electric-shock-devices-advocates-seek-public-apology-reparations.html> [дата звернення: 14.03.2021].
- [2] Національний комітет з аутизму AutCom офіційний сайт. URL: <https://www.autcom.org/about.html> [дата звернення: 14.03.2021].
- [3] **БАРОН-КОЕН, С.** (2020). Концепція нейророзмаїття розділяє спільноту людей з аутизмом. URL: <https://blogs.scientificamerican.com/observations/the-concept-of-neurodiversity-is-dividing-the-autism-community/> [дата звернення: 14.03.2021].
- [4] **БДЖОЛА, Г.** (2004). *Psychologia rozwoju człowieka* [Психологія людського розвитку]. Познань: Zysk i Spółka.
- [5] **ВОКСЗАŃSKI, Z.** (2005). *Tożsamości zbiorowe* [Коллективні ідентичності]. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 40 p.
- [6] **БРАУНЕР, А., БРАУНЕР, Ф.** (1988). *Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wróżkach. Fikcja literacka i rzeczywistość kliniczna* [Дитина, загублена в реальності. Історія аутизму з часів казки. Літературна вигадка та клінічна реальність], 1-е видання. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne,.
- [7] **Браун, Л.** Мова ідентичності. *Мережа самозахисту людей з аутизмом*. URL: <https://autisticadvocacy.org/about-asan/identity-first-language/> [дата звернення: 14.03.2021].
- [8] **BRUGHA, T. та ін.** (2007). *Розлади аутистичного спектру у дорослих, які проживають у домогосподарствах по всій Англії*. Звіт з дослідження психіатричної

- [www.ic.nhs.uk/asdpsychiatricmorbidity07](http://www.ic.nhs.uk/asdpsychiatricmorbidity07) [дата звернення: 14.03.2021].
- [9] **BRZEZIŃSKA, A.** (2000). *Spoleczna psychologia rozwoju* [Соціальна психологія розвитку]. Варшава: Наукове видавництво "Scholar".
- [10] **BRZEZIŃSKA, A. I., APPELT, K., ZIÓŁKOWSKA, B.** (2015). *Psychologia rozwoju człowieka* [Психологія людського розвитку]. Гданськ: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- [11] **BRZEZIŃSKA, A., SYSKA, W.** (2016). *Ścieżki wkraczania w dorosłość* [Шляхи входження в доросле життя]. Познань: Видавництво Університету імені Адама Міцкевича.
- [12] **BUDZIŃSKA, A.** (2020). *Skuteczna terapia dziecka z autyzmem* [Ефективна терапія для дитини з аутизмом]. Сопот: GWP.
- [13] **CZABAŁA, CZ., KLUCZYŃSKA, S.** (2020). *Poradnictwo psychologiczne* [Психологічне консультування]. Warszawa: PWN.
- [14] **DOBIAŁA, E.** (2020). *Позитивна групова психотерапія*, в: Мессіас, Е., Песешкян, Х. та Каганде, К. (ред.), *Позитивна психіатрія, психотерапія та психологія: Клінічні застосування*. DOI: [10.1007/978-3-030-33264-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2)
- [15] **ДОБЯЛА, Е., ВІНКЛЕР, П.** (2016). *Позитивна психотерапія за Селігманом та позитивна психотерапія за Пешешкіаном: порівняння*. *Міжнародний журнал психотерапії*, 20(3):5-13.
- [16] **GIDDENS, A.** (2012). *Nowoczesność i tożsamość. "Ja" i społeczeństwo w erze różnej nowoczesności* [Сучасність та ідентичність. "Я" і суспільство в епоху пізнього модерну]. Переклад з польської: А. Szulżyńska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 16 p.
- [17] **ГРИНСПЕН, С., ШИРШИЙ, С.** (2014). *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relację, komunikować się i myśleć* [Достукатися до дитини з аутизмом. Як допомогти дітям ставитися, спілкуватися і мислити]. Краків: Видавництво Ягеллонського університету.
- [18] **HIRVIKOSKI, M., BLOMQUIST, M.** (2015). *Високий рівень самосприйняття стресу та погане подолання стресу в інтелектуально здібних дорослих з розладом аутистичного спектру*, *Аутизм*, 19(6):752-757.
- [19] **ХОДЖЕС, Х., ФІАЛКО, К., СОАРЕС, Н.** (2020). *Розлад аутистичного спектру: визначення, епідеміологія, причини та клінічна оцінка*, *Translational paediatrics*, 9(1): 55-65
- [20] **HVIID, A., HANSEN, J.V., FRISCH, M. та ін.** (2019). *Вакцинація проти кору, паротиту, краснухи та аутизму: загальнонаціональне когортне дослідження*, *Annals of Internal Medicine*, 170: 513-520
- [21] **КІРКХАМ, П.** (2017). *Межа між втручанням і зловживанням - Аутизм і прикладний аналіз поведінки*, *Історія гуманітарних наук*, 30(2): 107-126.
- [22] **KOJDER-DEMSKA, K.** (2020). *Bohynie, dziwożony, mamuny, czyli skąd się biorą niepełnosprawne dzieci* [Bohynie, dziwożony, mamuny, або звідки беруться діти з інвалідністю]. URL: [https://www.academia.edu/35760453/Kaja\\_Kojder\\_Demska\\_Bohynie\\_dziwo%C5%BCony\\_mamuny\\_czyli\\_sk%C4%85d\\_si%C4%99\\_bior%C4%85\\_niepe%C5%82nosprawne\\_dzieci](https://www.academia.edu/35760453/Kaja_Kojder_Demska_Bohynie_dziwo%C5%BCony_mamuny_czyli_sk%C4%85d_si%C4%99_bior%C4%85_niepe%C5%82nosprawne_dzieci), с. 4 [доступ: 14.03.2021].
- [23] **KRAUZE, A.** (2010). *Niepełnosprawność - Inny w paradygmacie humanistycznym* [Інвалідність - Інший в гуманістичній парадигмі], *Niepełnosprawność*, 4: 118.

- [24] **MOURIDSEN, S., BRONNUM-HANSEN, H., ISAGER, T.** (2008). Смертність та причини смерті при розладах аутистичного спектру: оновлення , Аутизм, 12(4):403-414, DOI: [10.1177/1362361308091653](https://doi.org/10.1177/1362361308091653)
- [25] **OLEŚ, P.** (2015). *Psychologia człowieka dorosłego. Ciężkość, zmiana, integracja* [Психологія дорослих. Безперервність, зміни, інтеграція]. Warszawa: PWN.
- [26] **PAWLIK, S.** (2015). *Ruch autystycznych samorzeczników - źródła, historia, współczesność, polskie doświadczenia* [Рух аутичних самозахисників - джерела, історія, сучасність, польський досвід]: Siemionow J., Śpica, P., Historyczne i współczesne konteksty badań nad edukacją. Studia teoretyczne i analizy empiryczne z okazji jubileuszu sześćdziesięciolecia pedagogiki gdańskiej (1958- 2018). Торунь: Видавництво Адама Маршалека. 612 p.
- [27] **RACŁAW, M., TRAWKOWSKA, D.** (2017). Pytania o rzecznictwo wobec niepełnosprawnych i problemu niepełnosprawności - koncepcje i działania w perspektywie interdyscyplinarnej [Питання про адвокацію щодо інвалідів та проблему інвалідності - концепції та діяльність у міждисциплінарній перспективі]. *Центральноевропейський журнал соціальних і гуманітарних наук*, 60: 13-32.
- [28] **RISCH, N., HOFFMANN, T.J., ANDERSON, M. та ін.** (2014). Сімейний рецидив розладу аутистичного спектру: Оцінка генетичного та екологічного внеску. *Американський журнал психіатрії*, 171:1206-1213
- [29] **RUZZO, E.K., PEREZ-CANO, J.Y., JUNG, J.Y. та ін.** (2019) Успадкований та генетичний ризик аутизму de novo впливає на спільні мережі. *Клітина*, 178: 850-866.
- [30] **RYNKIEWICZ, A., JANAS-KOZIK, M., SŁOPIEŃ, A.** (2019). Дівчата та жінки з аутизмом, *Psychiatria Polska*, 53(4): 737-752. DOI: [10.12740/PP/OnlineFirst/95098](https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098).
- [31] **SANDIN, S., LICHTENSTEIN, P., KUJA-HALKOLA, R., et. al.** (2014). Сімейний ризик аутизму, 2014, *JAMA*, 311:1770-1777.
- [32] **СІНКЛАР, Д.** (2005). Міжнародна мережа людей з аутизмом: розвиток спільноти та її культури. *Міжнародна мережа аутизму*. URL: [https://www.autreat.com/History\\_of\\_ANI.html](https://www.autreat.com/History_of_ANI.html) [дата звернення: 30.08.2020].
- [33] **STEFAŃSKA-KLAR, R.** (2017). Autystyczny wzorzec funkcjonowania w kontekście zasobów osobistych. Badania eksploracyjne dorosłych w nieklinicznej próbie, in: Матеріали конференції [Аутистичний патерн функціонування в контексті особистісних ресурсів. Експериментальні дослідження дорослих у неклінічному дослідженні, в: Матеріали конференції: Матеріали конференції]: *Міждисциплінарна наукова конференція Quaere 2017 для аспірантів та асистентів*, Асоціація Magnanimitas, Градець Кралове, с. 689-698.
- [34] **СТЕФАНСЬКА-КЛАР, Р.** (2017). Наявність аутистичного патерну функціонування в типовій популяції. Чи існують зв'язки зі статтю та віком, а також щастям і задоволеністю життям? *Матеріали конференції: Quaere Aude 2017. Сфера педагогіки та психології*, Асоціація Magnanimitas, Європейські академіки, Градець Кралове, с. 289-299.

- [35] **STEFAŃSKA-KLAR, R.** (в друці). *Poradnictwo psychologiczne dla dorosłych ze spektrum autyzmu*. Психологічне консультування дорослих з аутистичним спектром. Окреслення проблеми] (у друці).
- [36] **VAN ROSMALEN, L., VAN DER VEER, R., VAN DER HORST, F.C.P.** (2020). Природа любові: Харлоу, Боулбі та Беттельгейм про байдужих матерів, *Історія психіатрії*, 31(2):227-231. DOI: [10.1177/0957154X19898997](https://doi.org/10.1177/0957154X19898997).
- [37] **VEENSTRA-VANDEWEELE, J., CHRISTIAN, S.L., COOK, E.H. Jr** (2004). Аутизм як парадигмальний складний генетичний розлад, Щорічний огляд геноміки та генетики людини, 5:379-405. DOI: [10.1146/annurev.genom.5.061903.180050](https://doi.org/10.1146/annurev.genom.5.061903.180050).
- [38] **WANG, C., LIU, W., ZHANG, G.** (2017). Пренатальні, перинатальні та постнатальні фактори, пов'язані з аутизмом: Мета-аналіз. *Медицина*, 96(18): 1-7.
- [39] **Всесвітня організація охорони здоров'я** (2004). *Сприяння психічному здоров'ю: концепції, нові дані, практика* (Короткий звіт), Всесвітня організація охорони здоров'я, Женева.

### Подяки

Автори висловлюють подяку Кароліні Каліш за допомогу в перекладі рукопису.

### Авторський внесок

Єва Добіяла - координатор роботи над науковою статтею, член робочої групи проекту, автор анотації, підрозділу № 1.2., співавтор підрозділу № 2, 3 і 4, додатково змістовна корекція та консолідація окремих фрагментів тексту.

Рената Стефанська-Клар - член робочої групи, автор підрозділів: 1.1, 1.12, 1. співавтор підрозділу № 3, а також змістовної корекції та консолідації окремих фрагментів тексту.

Олександра Румінська - член робочої групи, автор підрозділу 1.4, співавтор підрозділу № 3, крім того, здійснила змістовне редагування тексту;

Пауліна Голаска-Цесельська - керівник проекту, авторка розділів 1. і 2. співавтор підрозділу № 3 і 4, а також змістовної корекції та консолідації окремих фрагментів тексту.

Мацей Дурас - член робочої групи проекту, коректор тексту.

Вероніка Яняк - член робочої групи проекту, коректор тексту.

### Конкуруючі інтереси

Ця стаття написана в рамках проекту "Поінформованість та стосунки. Покращення доступу до психологічної терапії для дорослих людей з аутизмом", що реалізується Центром підтримки стосунків в рамках проекту "Генератор доступності: Інкубатор соціальних інновацій" в рамках Операційної програми "Розвиток освіти знань", Пріоритетна вісь IV "Соціальні інновації та транснаціональне співробітництво", Дія 4.1 "Соціальні інновації", що співфінансується Європейським Союзом в рамках Європейського соціального фонду.

# ГРУПОВІ ФОРМИ РОБОТИ В ПСИХІАТРИЧНОМУ СТАЦІОНАРІ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ПАЦІЄНТА

## ТЕРАПЕВТИЧНА ГРУПА В ПСИХІАТРИЧНИХ ЛІКАРНЯХ І СТАВЛЕННЯ ДО ПАЦІЄНТА



### Володимир Перебийніс

Володимир Перебейносов

Клінічний психолог, базовий консультант ППТ

Приватний практикуючий психолог (Благовещенськ, Росія)

Електронна пошта: [vladimir.amursu@gmail.com](mailto:vladimir.amursu@gmail.com)

Отримано 19.04.2021

Прийнято до друку 28.06.2021

Опублікована 07.07.2021

### Анотація

Ірвін Ялом називав психотерапевтичні групи "соціальним мікрокосмосом" (Ялом, 2007). Групи психологічної підтримки та закриті психотерапевтичні групи особливо важливі для пацієнтів психіатричних закладів. У статті обґрунтовується цінність групової роботи в психіатричних закладах; описуються основні форми групової взаємодії; розбираються особливості взаємодії з пацієнтами в російських психіатричних стаціонарах. Пропонована концепція допомоги і роботи з пацієнтами заснована на ідеях Позитивної і Транскультуральної Психотерапії Носсрата Пезешкіана. Мета цієї статті: актуалізувати для фахівців допомагаючих професій важливість групових форм роботи з пацієнтами.

**Ключові слова:** групова психотерапія, медична психологія, психіатрія, соціалізація, соціалізація, Позитивна Психотерапія

### Анотація

Ірвін Ялом назвав психотерапевтичні групи "соціальним мікрокосмосом" (Yalom, 2007). Групи психологічної підтримки та закриті психотерапевтичні групи є особливо важливими для пацієнтів психіатричних закладів. У статті обґрунтовано значення групової роботи в психіатричних закладах; описано основні форми групової взаємодії; проаналізовано особливості взаємодії з пацієнтами в російських психіатричних лікарнях. Запропонована концепція догляду та роботи з пацієнтами базується на ідеях позитивної та транскультурної психотерапії Носсрата Песешкіана. Мета статті - актуалізувати значення групових форм роботи з пацієнтами для фахівців допомагаючих професій.

**Ключові слова:** групова психотерапія, медична психологія, психіатрія, соціалізація, позитивна психотерапія.

## Вступ

Актуальність цієї теми зумовлена зростаючим інтересом суспільства до психологічних форм роботи з пацієнтами психіатричних закладів.

Психоневрологічні стаціонари підвищують кількість робочих місць для медичних психологів, а також, збільшується кількість фахівців, які проходять навчання психотерапевтичними методами. На момент написання статті, в умовах пандемії, в більшості медичних установ заборонені відвідування пацієнтів; що залишає людей у ще більшій ізоляції без безпосередньої підтримки близьких людей. Виходячи з цього, підвищується важливість групової роботи з пацієнтами.

На жаль, багатьом медичним психологам доводиться стикатися з відсутністю залученості лікарів-психіатрів, завідувачів відділень, середнього та молодшого медичного персоналу до глибокої співпраці. На думку автора, це пов'язано з відсутністю зацікавленості та розуміння цінності внутрішнього світу пацієнтів. Найчастіше, процес лікування зводиться лише до купірування наявної симптоматики; а ставлення до пацієнтів, місцями, антитерапевтичне.

## Методологія

Написання цієї статті ґрунтується на досвіді роботи в психіатричному закладі та вивченні досвіду європейських країн. У статті "Реформування психіатричної служби. Досвід США та Європи" (Циганок, 2007) оглядається та аналізується досвід психіатричного руху в країнах Європи та США. У статті було проведено детальне вивчення приписів ВООЗ, що стосуються психіатричної допомоги.

Аналіз теоретичного та історичного матеріалу до і після реформ, запроваджених французьким лікарем Філіпом Пінелем, дозволяє простежити важливість гуманного і гнучкого підходу до лікування пацієнтів.

Аналіз і теоретична розробка ефективного способу допомоги пацієнтам всередині стаціонарів були засновані на спостереженні,

власному досвіді роботи в психоневрологічному стаціонарі та взаємодії з фахівцями різного профілю. Велика увага приділялася ідеям Позитивної та Транскультуральної Психотерапії. Праці Ірвіна Ялома та його художній опис процесу психотерапевтичної роботи також зробили великий внесок у написання цієї статті.

## Результати

З точки зору сучасних уявлень про гуманність і лікування, початкова мета функціонування психіатричних лікарень була невірно поставлена. Перші психіатричні

"Лікарні" ставили перед прагнули "ізолювати" пацієнта; а не "вилікувати" або "допомогти". Як ми пам'ятаємо, Філіп Пінель, французький психіатр лікарні Сальпетрієр, у 1795 р. приймає рішення зняти ланцюги і кайдани з душевнохворих, що вже приводило деяких пацієнтів до одужання. Ми не можемо констатувати, що до пацієнтів сучасних психіатричних лікарень застосовують відкрите насильство. Однак його пасивні форми, що заважають одужанню, у вигляді стигматизації, обмеження прав і свобод, ізоляції, грубості в російській психіатричній практиці зустрічаються повсюдно.

Високе навантаження на медичний персонал, жорсткі протоколи, нестача кадрів посилюють незацікавленість медичного персоналу у внутрішньому світі пацієнтів.

Як наслідок незацікавленості, з'являється звичка "таврувати". Тобто намагатися підігнати стан людини під певні рамки, що чітко і зрозуміло описують те, що з нею відбувається. Якоюсь мірою це допомагає лікарям і закладу, оскільки спрощує документацію і фармакотерапію. Однак, не приносить користі самим пацієнтам. У лікарів зустрічаються діагнози, засновані на швидкій діагностиці, - що особливо часто спостерігається на лікарських комісіях (т.зв. гіпердіагностика). У психологів - це спроба "вставити" людину в певні шаблони, які нібито описують те, як влаштований внутрішній світ того чи іншого пацієнта, наприклад: "істеричний", "епілептоїд", "шизоїд", "демонстративний", "нарцисичний" і т.д. Однак, використання цих понять, з точки зору

користі для пацієнта, практично не має сенсу без залучення у внутрішній світ та інтересу до індивідуальності кожної окремої особистості.

З перерахованих вище причин, пацієнти та їхні родичі, за останні роки, підвищують увагу саме до недержавних установ психіатричної допомоги. За статистикою приватної психіатричної клініки "Клініка Роса", темп зростання звернень пацієнтів з психічними розладами в недержавну психіатричну службу м. Москви щорічно зростає. Москви щорічно зростає, збільшуючись за останні 7 років в середньому на 20% на рік (на 24%, 81%, 28%, 4%, 7%, 20%, відповідно) (Філашихин і Аведісова, 2010).

Незаперечною є важливість підвищення рівня освіти серед лікарів, а також молодшого та середнього медичного персоналу. Особливо це стосується вивчення психологічних аспектів психічних хворих. На думку автора, дуже важливою є організація допомоги медичному персоналу в розумінні власного стилю взаємодії з пацієнтами; можливості отримання своєчасної психологічної допомоги та профілактики емоційного вигорання.

### 3.1 Підходи до надання психіатричної допомоги

Підходи до надання психіатричної допомоги в різних країнах Європи відрізняються, проте не надто критично. Усі європейські держави дотримуються приписів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ). Відповідно, можна простежити загальні напрямки розвитку (Колпакова і Тарасова, 2019).

1. *Деінституціоналізація.* Передбачає закриття державних психіатричних лікарень або зменшення їх стаціонарних відділень, шляхом скорочення кількості ліжок-місць і фінансування. Такий підхід дозволяє приватному сектору і неурядовим організаціям (НУО) створювати установи інтернатного типу, де лікування проходить в більш домашній обстановці і атмосфері.

2. *Децентралізація надання психіатричної допомоги.* Означає переведення стаціонарних відділень для душевнохворих зі спеціалізованих лікарень у загальноміські. Ця політика, перш за все, спрямована на включення

психіатрії в загальну систему охорони здоров'я, інтеграцію психічного здоров'я з первинною медичною допомогою, розвиток закладів інтернатного типу.

3. *Зростання турботи з боку громади (community care).* Цей підхід закликає делегувати частину повноважень з надання допомоги соціальним групам та організаціям, що знаходяться в зоні проживання психічнохворого. До них можуть належати спільноти пацієнтів або їхніх родичів, а також НУО.

4. *Збільшення уваги до немедикаментозної терапії.* Психотерапією стали займатися не тільки лікарі-психіатри, а й інші фахівці. В тому числі, немедичного профілю.

5. *Проведення законодавчих реформ для забезпечення громадянських прав пацієнтів.* Тобто формування правової основи політики в галузі психічного здоров'я. Зокрема, до завдань входять регулювання примусової госпіталізації, надання адекватних умов лікування, боротьба за вільні від дискримінації робочі місця та освіту, розвиток соціальної підтримки, забезпечення права на недоторканність приватного і сімейного життя.

6. *Дестигматизація.* Психічні хворі піддаються сильній стигматизації, що призводить до втрати соціального статусу, дискримінації, безробіття, ізоляції, скорочення життєвих можливостей. Для зменшення негативних наслідків, в рамках роботи з розвитку турботи з боку спільнот, створюються програми і стратегії по зниженню стигми і зміні стереотипів, що асоціюються з психіатрією.

7. *Орієнтація на підвищення якості життя пацієнтів.* З часом цей принцип став важливою концепцією сучасної моделі медичної допомоги. На перший план вийшли психологічне і фізичне благополуччя та соціальна участь, а не просто зменшення симптомів чи виживання.

8. *Залучення членів сім'ї та близьких людей до процесу лікування пацієнтів.* Важливо, що разом із залученням, поруч йде усвідомлення тягаря, який лягає на плечі небайдужих родичів. Їм, також, намагаються забезпечити підтримку.

У російській практиці прагнуть слідувати Європейському баченню і приписам ВОЗ.

Однак ці приписи, найчастіше, є формальними. Зміни, які впроваджуються в діючі системи, проходять без належного навчання фахівців. Крім того, існує проблема віддалених регіонів, які теж повинні потрапляти під вплив змін, але часто залишаються без належної уваги.

"Закон, перш за все, дбає про зменшення негативних наслідків для держави - мається на увазі скорочення випадків інвалідності та непрацездатності, злочинності, непридатності до військової служби тощо".п." (Колпакова і Тарасова, 2019) Права пацієнтів, в основному, враховуються в нормативних документах про стаціонарне лікування, а ось що ж відбувається з людьми за межами і всередині лікарні - часто суперечить початковим цілям створених приписів.

### 3.2 Цінність групової роботи з пацієнтами в психіатричних стаціонарах

Аналізуючи власний досвід роботи в психоневрологічному стаціонарі, в даній статті була виведена схема найбільш ефективної взаємодії членів терапевтичного процесу для допомоги пацієнтам. Ця схема ґрунтується на єдності фахівців допомагаючих професій між собою, з хворим і з його близьким оточенням.

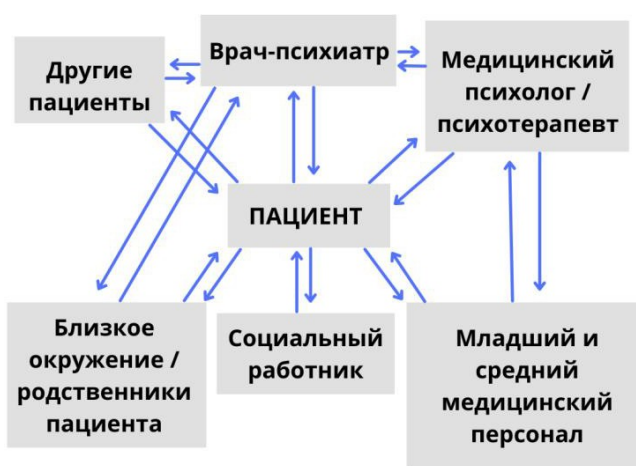


Рис. 1 Ефективна взаємодія персоналу та пацієнтів у медичних закладах

Як видно зі схеми (рис. 1), практично всі елементи системи повинні взаємодіяти один з одним

один з одним для комплексної та повноцінної допомоги пацієнтам. На жаль, в російських реаліях медичних установ спостерігається відсутність подібної взаємодії. Ланки допомоги або роз'єднані одна з одною, або медичний персонал, а особливо лікар і психолог, розмовляють "різними мовами".

Також, як видно із запропонованої схеми, досить значущим елементом є взаємодія пацієнтів між собою. Саме тому, одними з найбільш важливих та ефективних форм лікування, є психотерапевтичні групи.

У психіатричних установах, психологу доводиться збирати психотерапевтичні групи "з того, що є". Враховуючи різний термін перебування в стаціонарі, діагнози, стадії, стан хворого - доводиться пристосовувати групу до тих пацієнтів, які вже перебувають на стаціонарному лікуванні.

За спостереженнями автора, перебування в атмосфері прийняття і підтримки - це основний фактор поліпшення самопочуття "тут і зараз" серед пацієнтів стаціонару. Але, на жаль, доводиться стикатися з тим, що практично будь-які емоційні прояви пацієнтів, будь то плач або роздратування, прагнення до конфронтації, наполегливість у відстоюванні власних інтересів - сприймаються медичним персоналом як "ненормальні". Ніби непослух, навіть той, який ніяк не шкодить благополуччю самого пацієнта і людей його оточення, потрібно терміново лікувати. Дається посил:

"тобі не можна проявлятися і бути самим собою - ти патологічний". Буває так, що слова або дії пацієнтів приймаються медичним персоналом "на свій рахунок", що тягне за собою зловживання владою. А найчастіше, самі дії медичного персоналу провокують у пацієнтів різні емоційні та поведінкові реакції.

Як вихід з подібного роду труднощів, пропонується організація семінарів і груп психологічної підготовки для медичного персоналу з розвитку розуміння важливості гуманного ставлення до пацієнтів і створення атмосфери турботи і прийняття в стінах медичного закладу. Такі навчальні та психологічні групи, в яких медичний персонал міг би зрозуміти свій спосіб

взаємодії з пацієнтами, отримати інформацію та зворотній зв'язок; знайти і пропрацювати всередині себе причину, яка впливає на спосіб взаємодії з пацієнтами і перебудувати власні форми комунікації.

### 3.3 Класифікація груп в умовах стаціонару

Як відомо, за складом учасників групи можуть бути різними:

- Гомогенні. Тобто, зібрані за будь-якими ознаками (стать, вік, діагноз, запит і т.д.)

- Гетерогенні. Група, в якій зустрічаються різні перераховані вище ознаки.

Пропонується виділити дві основні форми роботи з пацієнтами психіатричного стаціонару:

1. *Групи психологічної підтримки.* Можуть бути використані для пацієнтів, чий період перебування в стаціонарі менше двох місяців. Тобто той період, якого недостатньо для розвитку поступового близького і стабільного контакту з іншими учасниками групи. Дані групи можуть створюватися і на більш тривалий термін, для створення атмосфери групової підтримки і супроводу пацієнтів на весь період лікування.

Найголовніше, що формується в групах психологічної підтримки, - це відчуття, що ти не один. Протягом тривалого часу доводилося спостерігати, як між кількома десятками пацієнтів, що знаходяться в одному відділенні і спільних палатах, не формується близький контакт. Пацієнти практично не спілкуються між собою, а при взаємодії не дозволяють говорити відкрито про свої переживання. Відкрите вираження емоцій, медичним персоналом, найчастіше, розцінюється як посилення симптомів.

Група є чудовою можливістю для пацієнтів наблизитися один до одного в безпечній і доброзичливій атмосфері. Практично всі пацієнти, вже після першої зустрічі групи, стають більш згуртованими у відділенні. До них ніби приходить розуміння, що інші пацієнти тут "такі ж, як і я", тобто страждаючі люди, які потрапили у важке становище. Пацієнти починають комунікувати один з одним, допомагати у вирішенні проблем у відділенні

або порадами в суспільстві. Вони починають вислуховувати одне одного і ділитися досвідом схожих переживань.

Оскільки внутрішньоособистісні конфлікти формуються внаслідок порушення стосунків людини зі світом, а насамперед з людьми, то я періодично вношу в процес підтримуючих груп інтервенції про групову динаміку і взаємини між учасниками групи. Це робиться для того, щоб поряд з отриманням і проявом підтримки, пацієнти мали можливість звертати увагу на способи своєї взаємодії в групі і поступово перебудовувати сформовані шаблони поведінки і взаємодії.

2. *Закриті динамічні групи.* Зібрати в умовах стаціонару повноцінну динамічну групу, в якій пацієнти були б мотивовані, могли просити про допомогу, були б критичні до свого стану, мали приблизно однаковий термін перебування в стаціонарі - дуже складно. Але якщо пощастить зібрати таку групу, взаємодія виходить дуже і дуже продуктивною.

### 3.4 Фактори ефективності стаціонарних терапевтичних груп

Виділимо кілька факторів високої ефективності динамічних і підтримуючих груп в умовах стаціонару:

а) *Рівень критичних переживань.* Згідно з постулатом позитивної психотерапії про розвиток первинних актуальних здібностей, вони можуть розвиватися двома основними способами: через приклад або через відчай (через дотик до пікових переживань). Як правило, пацієнти, які за своїми здібностями, можуть допускатися до участі в динамічній групі - це люди, які дійшли до дуже гострого рівня переживань (внаслідок чого вони і потрапили до психіатричного закладу) і при цьому здатні поступово до цього торкатися. Пацієнти, наприклад, з психотичними епізодами або важкими депресіями проходять через відчай. Одночасно з цим беруть участь у групі, отримуючи приклад людей і стосунків, через які можна більш повноцінно розвивати в собі здібності, яких бракує. Саме це і є дуже великим рушійним механізмом розвитку. Є ймовірність,

що в стаціонарній динамічній групі будуть задіяні обидва способи розвитку актуальних здібностей.

б) *Наявність часу.* Як відомо, для рефлексії і контакту з собою потрібно досить багато часового ресурсу. Мається на увазі час на обдумування, проживання, перебування зі своїми почуттями та емоціями, чому потенційно здатна навчити відверта групова взаємодія.

в) *Відчуття, що "Я не один".* Пацієнтка, після свого першого групового заняття з арт-терапії, на індивідуальній сесії сказала, що вона і не підозрювала, що переживають і думають інші пацієнти. Хоча, їй завжди хотілося про це дізнатися.

г) *Купірування продуктивної симптоматики ліками.* Забезпечення медичними препаратами і контроль їх прийому дозволяє людині, що торкається важких переживань, залишатися в контакті з самим собою. Однак, найчастіше, лікарські препарати заважають розмовній психотерапевтичній роботі.

Однією з основних причин, чому фахівцям не вдається зібрати психотерапевтичні групи в умовах стаціонару, є постановка надмірного акценту на критеріях відбору в групу. Дуже цікавими видаються критерії Ірвіна Ялома для роботи зі стаціонарними хворими, описані в книзі "Теорія і практика групової психотерапії" (Ялом, 2007):

1. Здатність говорити.
2. Здатність утримувати свою увагу протягом 80 хвилин.
3. Визнати свою потребу в допомозі.

Очевидно, критерії досить прості. Відбираючи учасників для стаціонарних груп і керуючись цими критеріями, взаємодія була дійсно продуктивною. Ірвін Ялом не робить акценту на діагнозі. Наприклад, у багатьох джерелах говорять про те, що не потрібно брати в групу пацієнтів з діагнозом "розумова відсталість" (або "розлад інтелектуального розвитку" за МКХ-11). У наших групах були випадки, коли пацієнти з розладом інтелектуального розвитку самі виявляли бажання приєднатися до групи і робили внесок у процес групової роботи. Однак, з такими пацієнтами також були і

труднощі, які призводили до гострих групових конфліктів. Тому, кожен випадок і кожного пацієнта, з точки зору його можливості перебувати в групі, необхідно розглядати індивідуально.

Нестача теплоти, турботи і підтримки з боку медичного персоналу блокує здатність до контакту у пацієнтів, внаслідок відчуття недовіри. Група, тут, є тим

"рятівним" для пацієнтів місцем, в якому є можливість відчувати, проявляти і розвивати Довіру. Також, в групі великий акцент робиться на Надії. Так як з огляду на тяжкість стану хворих, Надія є важливою ланкою в процесі допомоги. Пацієнтам, які перебувають у відчаї, буває дуже корисно зрозуміти причини, які призвели до того, що відбувається в житті на даний момент. Розуміння причин дає можливість зробити вибір. "Нами керує те, що ми не усвідомлюємо". Дає можливість проаналізувати і зробити крок в іншому напрямку; що додає Надії на зміни в майбутньому. Також, група відмінно розвиває Контакт і Відкритість. А як відомо, одна з основних причин формування психопатології і фактор, що сильно погіршує стан - це нездатність пацієнта до вираження почуттів і їх блокування. Прийняття, також, є однією з найважливіших здібностей, що розвиваються у відносинах в групі.

Як видно з виділених вище актуальних здібностей, більшість з них - це первинні здібності. Акцент зроблено саме на них, оскільки наявність психопатології, в більшості випадків, передбачає глибокий дефіцит в структурі емоційних потреб (наприклад, в прийнятті). І саме в психотерапевтичній групі можливо зробити внесок в їх розвиток.

Карл Роджерс говорив про три основні принципи взаємодії між людьми, що лежать в основі лікування (Роджерс, 2001):

1. Безумовне прийняття. Яке збігається зі здібностями до прийняття і терпіння в позитивній психотерапії.
2. Конгруентність. Що схоже зі здатністю до відкритості та довіри в позитивній психотерапії.
3. Емпатія. Емпатія передбачає здатність до контакту.

Незаперечні принципи Карла Роджерса підтверджують важливість саме первинних актуальних здібностей. Це можна порівняти з фундаментом, на якому будується лікування та адаптація пацієнта.

Здатність до відкритості, в умовах стаціонару, має першорядне значення серед вторинних АС. Якщо можливо її розвивати у пацієнтів стаціонару, то ймовірно і звільнення безлічі переживань і почуттів, що лежать всередині, які і привели людину до психопатології. Однак, дуже важливо дотримуватися балансу ввічливості та відкритості, в умовах стаціонарного лікування. Часто доводилося спостерігати, як відкрите вираження емоцій (наприклад, плачу) сприймалося медичним персоналом як погіршення стану людини і їй лише додавали дозу ліків. Тому, дуже важливо допомогти людині знайти той спосіб і місце вираження емоцій, який буде безпечним для самого пацієнта і даватиме йому відчуття полегшення. Наприклад, у психотерапевтичних групах або на індивідуальних психологічних сеансах.

Варто зазначити, що через розвиток контакту і первинних здібностей, у пацієнтів стаціонару, відбувається розвиток здатності до Любові. Під розвитком здатності до любові, в даному випадку, я розумію зростання теплого, приймаючого і емпатичного ставлення до себе та інших.

Особливість стадій взаємодії (злиття, диференціація і відділення), в даному випадку полягає в тому, що пацієнтам стаціонару вкрай складно їх відстежувати і розуміти ступінь відносин з іншими людьми. Деяким пацієнтам складно увійти в стадію злиття, оскільки вона автоматично асоціюється у них з небезпекою. Таким пацієнтам потрібно більше часу. На стадії диференціації може спостерігатися певний опір до відокремлення; спроби зачепитися за злиття з групою. Що може виражатися в частому виникненні почуття образи, протесту і навіть посилення гостроти симптомів. Важливо відзначити, що в умовах стаціонарного лікування, де в середньому термін перебування пацієнтів на примусовому лікуванні становить 2-6 місяців, потрібні групи психологічної підтримки, ніж повноцінні закриті групи. У групах підтримки основне

взаємодія відбувається на стадії злиття; проте вона не настільки глибока, як у закритих динамічних групах. Група підтримки проводить людину на етапі переживання глибокої психічної та емоційної кризи.

### 3.5 Приклади з практики ведення груп в умовах стаціонару

Пропонується кейс однієї з пацієнток. Олена (ім'я змінено). 31 рік. Спостерігається з діагнозом "Параноїдна шизофренія "

(F20.0). Госпіталізація, під час проходження групової психотерапії, 14-та. На індивідуальних терапевтичних зустрічах, а також на першому груповому занятті, пацієнтка була відгороджена, а її висловлювання стосувалися надцінних ідей ставлення інших до Олени. Всю першу групу вона просиділа відсунутою від усіх, в невеликому кутку. Протягом перших зустрічей вона поводитися так само, як і на індивідуальній психотерапії: розповідаючи про себе і намагаючись показати всю тяжкість свого становища, пацієнтка практично повністю відгороджувалася від можливості отримання підтримки, турботи і теплого ставлення від інших учасників групи. Поступово, в учасників групи почала виникати злість і бажання виправити сприйняття Олени. Деякі учасники відкрито висловили свою критику. Поступово, автор вносив інтервенції з приводу відчуття безпорадності, що виникає в групі і викликає злість і бажання виправити людину. А також про те, що ми періодично самі буваємо в настільки важкому становищі, що заперечуємо будь-яку можливість допомоги і підтримки з боку. Група досить швидко відійшла від спроб критики Олени. Учасники стали більше довіряти і ділитися власним досвідом. Поступово, після 5-8 зустрічей, Олена потроху почала довіряти учасникам групи. Так, вона все ще не вміла приймати турботу і підтримку, але, навіть незважаючи на короткий проміжок часу перебування в групі, вона перестала виставляти жорсткі стіни у відповідь на теплий зворотний зв'язок. Замість цього вона починала сміятися і намагатися перевести тему. Але вона перестала реагувати ворожістю на бажання інших їй допомогти.

Зіткнення між глибокою потребою в допомозі та підтримці, разом зі стійкою переконаністю в неможливості отримати це для себе створює внутрішньоособистісний конфлікт, в якому актуальні здібності до відкритості, довіри, прийняття, контакту можуть бути розвинені у взаємодії в психотерапевтичній групі. Поступово, приводячи до можливості зближення з іншими і формування емоційно значущих відносин.

Інша пацієнтка настільки полюбила групи підтримки, що ходила в них протягом усього терміну примусового лікування (1,5 року). Кожну зустріч вона чекала з нетерпінням, кажучи про те, що це єдине, що приносить їй допомогу, інтерес, відчуття спільності під час перебування в стаціонарі. Вона з глибоким інтересом аналізувала себе, власне минуле, слухала досвід інших пацієнтів і ділилася власним.

Був досвід, коли пацієнти, які встановлювали близький довірчий контакт на груповій психотерапії, продовжували підтримувати один одного поза межами лікарні, обмінюючись особистими контактами і допомагаючи вирішувати свої проблеми, продовжували підтримувати один одного поза стінами лікарні, обмінюючись особистими контактами і допомагаючи вирішувати виникаючі соціальні проблеми.



Рис. 2. Основні актуальні здібності, що розвиваються в стаціонарній груповій психотерапії та групах психологічної підтримки

Як видно зі схеми (рис. 2), здатність і потреба в контакті розміщена в центрі, як найбільш значуща і необхідна під час перебування на стаціонарному лікуванні. Саме близький відкритий контакт з іншими пацієнтами та фахівцями здатен розвинути ті актуальні здібності, які допоможуть пацієнтові підвищити його реабілітаційний потенціал.

## Висновок

1. У російській психіатричній практиці необхідний кардинальний перегляд як цілей функціонування психіатричних установ, так і їхніх умов. Важливо, щоб основною метою була не ізоляція пацієнтів, а допомога їм, перехід до більш гуманного ставлення. А умови повинні задовольняти потреби пацієнта в турботі, в теплому ставленні, в надії і допомозі.

2. Психологічна служба психіатричних установ, в першу чергу, повинна дати людині можливість вибудовувати новий спосіб відносин з оточуючими людьми і самим собою: через індивідуальну та групову психотерапію пацієнтів, зацікавлену взаємодію з лікарями та родичами. Це розвиває здібності людини до подальшої соціалізації, адаптації та інтеграції в суспільство.

3. Для багатьох пацієнтів стаціонарного лікування, особливо в період пандемії та ізоляції, важливі групові форми роботи з дотриманням необхідних захисних заходів.

Таким чином, ведення групової роботи з пацієнтами, з точки зору методу Позитивної і Транскультуральної Психотерапії, дозволяє досить комплексно і усвідомлено підійти до керівництва групою. У стаціонарних умовах є можливість для розвитку як первинних, так і вторинних актуальних здібностей. Позитивна концепція людини дозволяє розглядіти в кожному пацієнті його ресурси і здібності.

## Список використаних джерел

- [1] КОЛПАКОВА, С., ТАРАСОВА, А. [KOLPAKOVA, S., TARASOVA, A.] (2019). Від ланцюгів до арт-терапії. Еволюція психіатричної допомоги [From Chains to Art Therapy. The Evolution of Mental Health Care]. Науково-освітній портал IQ, Міжнародний центр економіки, управління та політики у сфері здоров'я НДУ ВШЕ. URL: <https://iq.hse.ru/news/303803375.html> (дата звернення: 20.03.2021)
- [2] ПЕЗЕШКІАН, Н (2006). Психосоматика і позитивна психотерапія [Psychosomatics and positive psychotherapy], М.: Інститут позитивної психотерапії.
- [3] ФІЛАШИХІН В., АВЕДИСОВА А. [FILASHIKHIN V., AVEDISOVA A.] (2010). Структура звернень хворих з психічними розладами до приватної психіатричної служби [Referral Structure of Patients with Mental Disorders to a Private Psychiatric Service]. Психіатрія і психофармакотерапія. №2, с. 4-8.

- [4] **ЦИГАНОК, Л. [TSYGANOK, L.]** (2007). Реформування психіатричної служби. Досвід США та Європи [Reform of the psychiatric service. The Experience Of The USA And Europe]. *Незалежний психіатричний журнал*, № 3. <http://test.npar.ru/journal/2007/3/reforming.htm> Accessed 27 February 2021
- [5] **ЯЛОМ, І. [YALOM, I.]** (2007). *Теорія і практика групової психотерапії* [Theory and practice of group psychotherapy]. М.: Апрель Пресс.
- [6] **РОДЖРЕС, К. [ROGRES, C.]** (2001). Становлення особистості. Погляд на психотерапію [Becoming a person. A look at psychotherapy]. М.: Эксмо-Пресс.

## Обмеження дослідження

Пандемія коронавірусної інфекції суттєво ускладнила можливість проведення як терапевтичних груп, так і груп психологічної підтримки. Однак, з іншого боку, пандемія допомогла зрозуміти важливість групової взаємодії для пацієнтів. У період загострення інфекції, групової роботи з пацієнтами не проводилося, в періоди спаду захворюваності, групи були тільки в деяких відділеннях з дуже обмеженою кількістю пацієнтів і застосуванням захисних заходів.

# МІЖНАРОДНІ ПРИСЛІВ'Я ПРО НАДІЮ



## Фрідгельм Рьодер

Доктор медичних наук, психіатр,  
психотерапевт, старший лікар клініки  
Фогельсберг, лікарня психосоматичної  
реабілітації (м. Гребенгайн, Німеччина) у  
відставці

Електронна пошта: [roeder@gmx.net](mailto:roeder@gmx.net)

Отримано 05.04.2021

Прийнято до друку 28.06.2021

Опублікована 07.07.2021

## Анотація

Основою будь-якого лікування є надія. Щоб зрозуміти уявлення пацієнта про майбутнє і стимулювати процес розширення горизонту, можна використовувати прислів'я про надію. На допомогу терапевту у використанні цього інструменту було створено документ DIN A 4, який пропонує колекцію міжнародних прислів'їв. Надано кілька практичних порад, як користуватися папером. Крім того, пацієнт може використовувати цей папір пізніше, щоб перетворити свою роль в сім'ї з джерела неприємностей на джерело заохочення.

**Ключові слова:** надія, фантазія, прислів'я, трансформація, позитивна психотерапія

## Вступ

Емоційною та мотиваційною основою будь-якого лікування є надія, зважаючи на різний характер їхнього розвитку [Peseschkian, Aziz 2009, p. 64]. Надія - це поєднання двох здібностей. З одного боку, це здатність пам'ятати успішний досвід у минулому. З іншого боку, це здатність уявляти собі нові успіхи в майбутньому. Уява може бути схожою на попередні або навіть зовсім іншою.

Лікування - це співпраця між терапевтом і пацієнтом на благо пацієнта за правилами, які мають сенс для обох, навіть якщо основні ідеї, що лежать в основі цього бачення, можуть відрізнятися один від одного. На першому спільному кроці вони повинні поговорити про своє бачення надії. При цьому вони починають з розслаблюючої частини складної емоційної ситуації, що викликає бажання або потребу в лікуванні. Таким чином, запобігається небезпека невдалого початку першої зустрічі. Шанси на позитивний початок зустрічі одразу зростають. І цей позитивний досвід заохочує

уявити собі подальший позитивний досвід спілкування один з одним. Чим у більш відчайдушному стані перебуває пацієнт, тим важливіше зосередити його увагу на позитивних аспектах життя. А розмова про надію - це тема, яку всі розуміють одразу. І надія - це тема, до якої кожен з членів соціальної системи пацієнта має своє ставлення, і яка здебільшого відома самому пацієнтові. Отже, терапевт може запитати пацієнта про його уявлення про надію. Таким чином, можна зрозуміти соціальну позицію пацієнта і виявити шанси на її зміну.

Говорити про надію важливо не лише на початку терапії, але й у кожній ситуації, коли криза наближається або вже перепоновила пацієнта невіршеними проблемами. Тоді розмова про надію є важливим способом стабілізації емоційного стану та ідентичності. А в процесі лікування поняття надії іноді змінюється. Через це може бути корисним повернутися до попереднього ставлення до надії і порівняти його з фактичним результатом останнього розвитку подій.

Надія - це здатність розраховувати на можливості, які не відомі в присутності. Отже, надія тісно пов'язана з



пов'язані з фантазією. Для того, щоб розмова про надію була більш переконливою, необхідно заохочувати здатність до фантазування як пацієнта, так і терапевта. З цією метою в позитивній і транскультурній психотерапії використовується техніка розповіді історій або прислів'їв. Метод\* пропонування пацієнтові великої кількості міжнародних прислів'їв про надію є запрошенням до розширення горизонту фантазії [Peseschkian 1979, р. 7]. Для цього я розробив аркуш формату DIN A 4, що містить прислів'я про надію з різних країн і культур [Особисті коментарі 2009-2013; Özcan, Seuß 2013; [www.sprueche-liste.com](http://www.sprueche-liste.com); [www.sprueche.woxikon.de](http://www.sprueche.woxikon.de); [www.sprichworte-der-welt.de](http://www.sprichworte-der-welt.de)]. Деякі з прислів'їв у цій збірці можна замінити кількома прислів'ями з культурного середовища пацієнта, які йому або їй знайомі

Надія - це лише плавальний жилет, але не рятувальний човен. (Польща)

### Заявка

*Роздатковий матеріал з міжнародними прислів'ями про надію:*

Яку надію ви маєте, коли стикаєтеся зі своїми проблемами?

"Насправді, піднятися на вершину гори зовсім не складно. Треба лише йти досить повільно".

"Краще спіткнутися, йдучи новими шляхами, ніж просто бігти на місці відомими шляхами".

Але як знайти свій шлях і свою швидкість?  
Без надії нічого не вийде.

Але: Яка надія веде до якої мети? Отже: Яку надію ви маєте?

*Міжнародні прислів'я:*

Якби не було надії, мене б зараз не було серед живих.

(Німеччина)

З одного боку, я все ще сподіваюся, але з іншого боку, я все ще сумніваюся. (Німеччина)

Надія - це те, що не потрібно купувати.

(Німеччина) Чи лежить перед вами шлях у темряві?

Пам'ятайте: завіса лише перед вашими очима, але не на вашому шляху.

(Туреччина)

Скільки б снігу не випадало, він не залишиться до літа. (Туреччина)

Коли Бог зачиняє срібні двері, він відчиняє золоті. (Туреччина)

Якщо ви не знаєте, як діяти далі, є ще чотири варіанти

залишилося рішень. (Болгарія)

Надія без зусиль - це як морська подорож без

корабля. (Уельс)

Хто запрягає надію перед своїм возом, той поїде вдвічі швидше, ніж раніше. (Польща)

Навіть кілок сподівається, що він знову стане зеленим, коли повернеться наступна весна.

(Фінляндія)

Надія - це якір світу. (Банту)

Чим менша ящірка, тим більша її надія одного дня стати крокодилем. (Абіссінія)

Надія і відвага - два яскравих діаманти в короні успіху. (Індія)

Якщо ви втратите надію, яка була марною, ви отримаєте багато (Італія).

- Яке прислів'я вас підбадьорює?
- Який наступний крок заохочує вас зробити це прислів'я?

### *Практичні поради:*

Роздрукуйте цю пам'ятку і дайте її пацієнту.

Попросіть пацієнта прочитати цей роздатковий матеріал вголос. Зазвичай це займає від двох до трьох хвилин. Це дозволяє перевірити міру здатності пацієнта до читання, що може дати інформацію про інтелектуальний статус, а також виявити психотичні розлади мислення. Слухаючи читання пацієнта, можна спостерігати за його спонтанними реакціями.

Після того, як пацієнт прочитає роздатковий матеріал, ви можете почати говорити з ним про ці прислів'я.

Наприкінці терапевтичної сесії ви можете запропонувати пацієнтові взяти роздатковий матеріал додому, для себе і для презентації родині. Таким чином, ви допомагаєте пацієнтові змінити свою роль вдома. Дуже часто сім'я сприймає пацієнта переважно як причину неприємностей і сподівається, що його візит до психіатра чи психотерапевта принесе полегшення для нього/неї та для них. Якщо пацієнт дарує їм цю пам'ятку, члени сім'ї одразу ж дізнаються, що вони включені в терапію і що їх також заохочуватимуть. Таким чином, пацієнт перетворює свою роль з причини неприємностей на причину надії, а сам може прочитати пам'ятку разом з членами сім'ї і поговорити про свою ситуацію в новій і простій формі. Їхнє обговорення може розблокувати різні блокади, які існували всередині та між ними.

## Висновки

Основою будь-якого лікування є надія. Щоб зрозуміти уявлення пацієнта про майбутнє і стимулювати процес розширення горизонту, можна використовувати прислів'я про надію.

У міру просування терапії можна повертатися до цієї збірки прислів'їв і дивитися, чи призвів процес навчання до того, що пацієнт змінив своє улюблене прислів'я.

Щоб допомогти терапевту використовувати цей інструмент, було створено папір, що відповідає стандарту DIN A 4, який пропонує колекцію міжнародних прислів'їв. Надано кілька практичних порад, як користуватися папером. Крім того, папір може бути використаний пацієнтом згодом, щоб перетворити свою роль в сім'ї з джерела проблем на джерело заохочення.

## Посилання

- [1] **ÖZCAN, C., SEUSS, R.** (2013). *Türk Atasözleri - Türkische Sprichwörter. Auswahl und Übersetzung mit Zeichnungen von Ina Seeberg* [Türk Atasözleri - турецькі прислів'я. Добірка та переклад з малюнками Іни Зеберг]. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 6.Auflage.
- [2] Особисті коментарі друзів, колег та пацієнтів, 2009-2013.
- [3] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *Східні історії як техніки в позитивній психотерапії*. Author House UK. ISBN 978- 1524660871
- [4] **ПЕСЕШКЯН, Н., АЗІЗ, А.** (2009). *Lexikon der Positiven Psychotherapie* [Словник позитивної психотерапії]. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- [5] Sprichwörter aus aller Welt [Прислів'я з усього світу]. URL: [www.sprichworte-der-welt.de](http://www.sprichworte-der-welt.de) [дата звернення: 04.04.21].

# ХАОС VS ПРОСУВАННЯ: ЯК НЕ ЗАГУБИТИСЯ В ІНФОРМАЦІЙНОМУ ПРОСТОРИ

## ХАОС VS ПРОСУВАННЯ: ЯК НЕ ЗАГУБИТИСЯ В ІНФОРМАЦІЙНОМУ ПРОСТОРИ



### Оксана Фортунатова

Оксана Фортунатова  
Базовий консультант з позитивної психотерапії, приватний консультант (Київ, Україна) Електронна пошта: [oksfortt@gmail.com](mailto:oksfortt@gmail.com)

Отримано 24.03.21

Прийнято до друку 28.06.2021

Опублікована 07.07.2021

### Анотація

Ця стаття присвячена тонкому і складному питанню конкуренції методів психотерапії, етиці та стратегії їх просування, завданням і меті популяризації методу, а також ролі в цьому кожного з нас, як носіїв методу Позитивної Психотерапії. Метою статті є привернення уваги колег до такої важливої і цінної справи, як прояв себе в інформаційному просторі і наслідки відмови від нього.

**Ключові слова:** Позитивна Психотерапія, популяризація, соціальні мережі, ключовий конфлікт, баланс

### Анотація

Дана стаття присвячена делікатному і складному питанню конкуренції методів психотерапії, етики і стратегій їх просування, завданням і цілям популяризації методу, а також ролі в цьому кожного з нас як носія методу Позитивної Психотерапії. Мета статті - привернути увагу колег до такої важливої і цінної справи, як прояв себе в інформаційному просторі і наслідків відмови від нього.

**Ключові слова:** Позитивна психотерапія, популяризація, соціальні мережі, ключовий конфлікт, баланс.

### Вступ

"Ми не добиваємося правди, ми добиваємося ефекту" - говорив апологет пропаганди, який не гребував ні сірою, ні чорною інформацією в справі завоювання умів. Апологета спалили, а ось його

прийоми залишилися, в'ївшись у колективне несвідоме настільки, що вже не сприймаються, як щось, протилежне правді.

До чого тут ми, мирна професія, яка допомагає людям стати щасливішими, успішнішими, здоровішими? Відповідь

у нашому професійному просторі, де переважають рекламні трюки, попсо́ві переробки складних теорій, протистояння та інформаційне сміття. І не просто наповнюють простір, а створюють серйозну перешкоду людині у виборі способу подолання проблеми.

Для фахівця, який вирішив стати психотерапевтом, питання який же метод обрати - це не тільки про особисте поєднання з рівнем інтелекту, філософією та інструментарієм методу. Це ще й питання - наскільки метод привабливий для клієнтів і шанований у професійному середовищі.

І ми неминуче зіткнемося з якістю інформаційного середовища. Ключовим стане те, наскільки воно відображає реальність і дає можливість зробити об'єктивний і вільний вибір як фахівцю, так і потенційному клієнту. Головне питання, наскільки все це залежить від кожного з нас, пропонується розглянути предметно далі.

Процес цифрової трансформації суспільства - даність, якої не уникнути. І саме у світовому інтернет-просторі, соціальних мережах формується зараз ставлення до психології, психотерапії, як інструментів зцілення та зростання. Лише на Facebook близько сотні тематичних груп, де люди намагаються знайти відповіді та рекомендації.

Вкрай важливо враховувати особливість пострадянського простору і країн, що розвиваються, де психологічна освіченість невелика, а лояльність до психотерапії ще менша. Тому люди переважно звертаються до соцмереж за рецептом від душевного болю і від того, що вони там прочитають, залежить дуже багато.

І на сьогодні велика кількість відповідей - це непрофесійні рецепти від екстрасенсів, розповсюджувачів БАДів, психологів-самоучок, і натхнених власною терапією клієнтів. Але щільність цих рекомендацій переважає настільки, що створює враження істини. Саме тому, так багато людей довгі роки слідує їм.

З одного боку, ці поради не на користь клієнтам, але з іншого боку, вони - гарне поле для роботи з невіглаством і неосвіченістю людей, чудовий привід психотерапевту заявити і про можливості методу, і про себе.

Але голос психотерапевтів слабкий і не дзвінкий, і люди змушені вибирати з того, що пропонується, а покладати всю відповідальність за вибір на клієнта небезпечно.

"Ослаблення когнітивних процесів і перехід на "дитяче" правопівкульне мислення - результат стресу, що призводить до прийняття ірраціональних рішень" (Сандомирський, 2005). Таким чином, сотні тисяч людей, які перебувають у важких життєвих обставинах, просто довіряються інформаційному простору.

Але чи є сьогодні інформаційне середовище збалансованим, об'єктивним щодо методів допомоги в душевних стражданнях? Чи достатньо ми, як представники наукового методу психотерапії, проявляємося в ньому? І як ми беремо участь у протистоянні?

Але протистоянням "псевдоцілителям VS фахівці в галузі психічних процесів" справа не обмежується. Фахівці не покращують шанси клієнтів на отримання ефективної допомоги.

Перше, що привертає увагу неправильністю, це оскарження психіатрами, психотерапевтами з медичною освітою прав один одного, психотерапевтами без медичної освіти і психологами прав один одного на психологічні інтервенції. Звичайній людині в цій суперечці майже неможливо розібратися.

Таким чином, другий рівень протистояння, в яке ми втягнуті, це "психотерапевт методу VS інші фахівці в області психічних процесів".

Але навіть там, де стикаються лише психотерапевти, виникає не менш яскраве протистояння - протистояння методів.

Давайте простежимо, в який інформаційний простір варіантів потрапить сучасний клієнт, якщо спробує розібратися в методах психотерапії.

"Окей, Google!"

Запит: "кращі методи психотерапії".

Результатів: приблизно 2 640 000 (0,52 сек.)

І перший виділений фрагмент пошуку категоричний: "Ефективні методи психотерапії:

- Психоаналіз
- Аналітична психологія
- Когнітивно-поведінкова терапія
- Гештальт-терапія

- Екзистенціальна терапія
- Десенсибілізація та переробка рухом очей"

Серед послань перших двох сторінок пошукової видачі представлені ці ж методи, і, на жаль, відсутні згадки про метод ППТ.

Фахівці знають, що подібні твердження безпідставні, а такі заяви неетичні. Але про це не знають і не підозрюють клієнти, в чіх головах міцно поселяється думка про те, до кого ж можна звертатися.

Як звичайній людині розібратися в питанні, який метод психотерапії ефективний, якщо плутанина починається на найвищому рівні? Так, Всесвітня організація охорони здоров'я в

"Керівництві mhGAP-IG з надання допомоги у зв'язку з психічними та неврологічними розладами, а також розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, в неспеціалізованих закладах охорони здоров'я", говорячи про способи психологічного лікування дає двозначний перелік.

Серед прийомів інтервенції згадуються кілька методів психотерапії:

"Рекомендується: Поведінкова активація, Навчання прийомам релаксації, Терапія, спрямована на вирішення проблем, Когнітивно-поведінкова терапія, Лікування методом управління непередбачуваними обставинами, Сімейне психологічне консультування або психотерапія, Інтерперсональна психотерапія, Психотерапія, спрямована на активізацію мотивації".

Не дивно, що країни дублюють подібні рекомендації у своїх протоколах лікування. Так, наприклад, Україна запровадила Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації, ПТСР; або Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Депресія, у затвердженому наказом МОЗ України 23.02.2016

№ 121, зобов'язує лікаря: "запропонувати пацієнту і координувати з ним спеціалізовані та високотехнологічні види психотерапії (терапія вирішення проблем, коротка когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ) і консультування - протягом 6-8 сеансів близько 10-

12 тижнів). Рішення про місце проведення та фахівця, який буде проводити певний вид психотерапії, приймається разом з пацієнтом".

Таким чином, люди, які страждають на депресію, соматоформні розлади і психосоматичними захворюваннями, невротами, ПТСР і стресовими розладами повинні узгоджувати з лікарем психотерапевта, з яким будуть працювати, і він може бути тільки в методі КПТ.

Дискусія про можливість науково довести і підтвердити ефективність методу на сьогодні не закрита, і однозначної відповіді не отримано. Більше того, сьогодні триває гаряча дискусія про те, як взагалі оцінити ефективність психотерапії валідно (Чушке, 2015).

Таким чином, ми, як представники Позитивної психотерапії, вже втягнуті (і не з власної волі) в кілька рівнів протистояння.

## Обговорення

Важливо пам'ятати, що психотерапевти пострадянського простору і країн, що розвиваються, на відміну від європейських, американських колег, на стадії "брудних" робіт у справі будівництва ринку психотерапевтичних послуг: розгрібання сміття і закладки фундаменту. Цей факт геть позбавляє нас можливості спочивати на лаврах перемоги розуму над невіглаством. У нас попереду ще багато роботи.

Починати потрібно з освоєння маркетингу, а саме азів просування (promotion). Основа просування - інформування. Це база, на якій можлива вся подальша надбудова: формування престижності, підтримка популярності, зміна стереотипу сприйняття, лояльність до методу.

Давайте подивимося, з якою щільністю інформації зіткнеться клієнт, який захоче детальніше ознайомитися з методами психотерапії з вищезгаданого переліку:

"Окей, Google!"

"Транзактний аналіз" Результатів: приблизно 220000 (0,54 сек.)

"Когнітивно-поведінкова терапія" Результатів: приблизно 1820000 (0,58 сек.)

"Гештальт терапія" Результатів: приблизно 1210000 (0,57 сек.)

"Тілесно-орієнтована психотерапія"  
Результатів: приблизно 1470000 (0,59 сек.)

"Психоаналіз" Результатів: приблизно 3100000 (0,70 сек.)

Тепер розглянемо результат для ППТ:

"Позитивна психотерапія" Результатів: приблизно 193 000

"Позитивна крос-культурна психотерапія"  
Результатів: приблизно 49 800 (0,46 сек.)

Очевидно, що така структура - зовсім не результат кількості психотерапевтів у тому чи іншому методі. Це результат активності.

Дуже важливо пам'ятати, що просування методу психотерапії - це зовсім інший феномен, ніж просування товарів. По суті, ми змінюємо погляд на будову людини. Погодьтеся, це про науку більше, ніж про послугу. І тут важливо розуміти, що просто інформувати не вийде.

"Перехід до нової парадигми не може ґрунтуватися на суто раціональних аргументах, хоча цей елемент значний. Тут необхідні вольові фактори - переконання і віра" (Кун, 2002).

Переконання і віра: Чи віримо ми в наш метод? Чи віримо ми в себе? Чи знаємо ми тонкощі настільки, щоб переконувати інших в ефективності методу? Чи переконуємо?

У сьогоднішніх реаліях інформування - це навіть не інструмент заяви про себе. Це інструмент протистояння запереченню методу та його можливостей. Це відстоювання права бути.

Але важливо враховувати, що ми не тільки в атмосфері наукового середовища, ми в реаліях конкуренції. І те, що відбувається в інформаційному просторі сьогодні, додає ще одну ознаку - конфлікт. Ми часто оперуємо цим поняттям, адже воно ключове для динамічного напрямку.

"Конфлікт - серйозна розбіжність, зіткнення протилежних сторін, думок, сил" (Єфремова, 2002).

Що як не конфлікт, прийняття акту, який нав'язує пацієнту певний метод психотерапії, значно обмежуючи права і можливості пацієнта?

Що як не конфлікт, численні і настільки категоричні заяви колег з інших методів:

"Єдиний метод, який може допомогти вам - це метод ХХХХ".

І тут доречно згадати про центральне поняття позитивної психотерапії - ключовий конфлікт. У розумінні ППТ методу, "маючи що сказати - потрібно сказати", в іншому випадку ця енергія стає руйнівною.

Звернімося до чотирьох варіантів поєднання щирості та ввічливості, яким відповідають чотири типи нашої поведінки (Кириченко, 2007) і адаптуємо їх до обговорюваної проблеми.

"Щира ввічливість": ми спокійно реагуємо на твердження про те, що якийсь метод "єдино дієвий", просто ігноруючи це.

"Нещира ввічливість": ми поступаємося зі страху, мляво обмежуючись загальними формулюваннями. Можлива причина - невіра або незнання сили власного методу.

"Неввічлива щирість": агресивно відстоюємо свою думку, не дбаючи про аргументи, покладаючись на емоційний напір. "Ввічлива щирість": відкрито, але ввічливо вступаємо в діалог, запитуючи аргументи, джерела, висловлюємо свою незгоду і надаємо свої аргументи.

Важливо замислитися, як кожен з нас сьогодні переважно реагує на ситуацію наукової та діяльній конкуренції напрямків, точніше конфлікт. Якщо це мовчання, ігнорування або відхід, важливо зрозуміти, чому так відбувається. Адже з точки зору ППТ методу - це не ефективно. Що ми, як психотерапевти, будемо пропонувати клієнту, який реагує на конфлікт таким чином? Вирощувати ввічливу щирість, оскільки інші варіанти реакції мають негативні наслідки.

Не можна не торкнутися ще одного рівня протистояння: психотерапевт проти самого себе. Сьогодні багато колег, намагаючись виграти в гонці, привласнюють собі знання рівня "можу все". Наприклад, заявляючи про свою спеціалізацію у всіх відомих психології розладах і проблемах. Або гарантуючи застосування всіх популярних методів. Спеціаліст 27 років від народження заявляє про роботу в 11 методах психотерапії. Деякі "для надійності" ще й додають такі здібності, як "енерготерапевт", "нумеролог", "астролог". "У семи няньок дитя без ока" (*Too many cooks spoil the broth*). Глибоке вивчення одного методу і спеціалізація в певній тематиці - це чи не найкраща гарантія ефективності та впізнаваності.

## Висновок

Таким чином, для посилення свого перебування в інформаційному просторі запропоновано наступні кроки.

Якщо багато колег вже прийшли до необхідності мати сайт і розміщувати статті в онлайн виданнях, то активність в соцмережах все ще залишається на дуже низькому рівні. Максимум зусиль, що докладаються, полягають у створенні статичного контенту. Але великий потік запитів і обмін інформацією сьогодні відбувається в об'єднаннях за інтересами: групах. Сьогодні варто ставитися до роботи з ними, як до частини своєї професії: відповіді на питання, роз'яснення, відсилення до своїх статей, або статей колег. Достатньо знайти кілька груп за своєю спеціалізацією, де люди шукають відповіді.

Створення своєї групи або аудиторії - це більш просунутий рівень, який дає можливість цілеспрямовано заявляти про себе і метод. І що найважливіше в групі: це регульоване зіткнення думок і поглядів. На сьогодні Фейсбук не видав і десятка груп за запитом "Позитивна психотерапія", як в російськомовному так і в англійськомовному варіанті запиту.

Кожен, хто проходив навчання на базовому та майстер курсах, має сотні сторінок готової до публікації інформації. Це контрольні роботи. Вони можуть як одразу писатися у форматі статті, так і перероблятися пізніше. Ця корисна і творчо перероблена інформація зробить вагомий внесок у справу ущільнення інформаційного поля про наш метод. Як у вигляді статей, так і постів або роз'яснень.

Люди дуже люблять історії про людей. Кожна зустріч з клієнтом - це скарбниця. Короткі нотатки про цікавий випадок (з дотриманням вимоги конфіденційності) викликають жвавий інтерес і дають можливість привернути увагу як до проблеми, так і до методу її вирішення.

Але якщо зовсім не хочеться писати - інформаційне поле пропонує говорити. Подкасти - сьогодні дуже затребуваний сектор, і дає не меншу можливість заявити про метод і про себе.

Сьогодні як ніколи важливо не просто володіти інформацією, а завантажувати її в простір. І не просто завантажувати, а допомогти їй стати видимою.

Реклама - не менш важливий спосіб у справі просування і методу, і себе. Вражаючи масштабну роботу з вивчення заборон на рекламу в етичних кодексах психотерапевтичних товариств різних країн провів психіатр, психотерапевт Кирило Кошкін, в результаті якої зробив однозначний висновок: заборона для психотерапевтів на рекламу - це міф. Реклама повинна відповідати етичним нормам, але вона повинна бути.

Підводячи підсумок, хочеться відзначити найголовніше - без усіх цих заходів у сучасному світі обійтися не можна. Ми вже втягнуті в інформаційну битву, і можливо нам не виграти. Але є такі битви, де важливіша не перемога, а протистояння.

## Список використаних джерел

- [1] **TSCHUSCHKE, V., CRAMERI A., KOEMEDA M., SCHULTHESS P., VON WYL, A. & WEBER, R.** (2015). *Rainer Weber Psychotherapieforschung- Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S)* [Rainer Weber Psychotherapy Research - Основні міркування та перші результати натуралістичного психотерапевтичного дослідження амбулаторного лікування у Швейцарії (PAP-S)]. URL: [http://docplayer.org/1783348-Volker-tschuschke-aureliano-crameri-margit-koemeda-peter-schulthess-agnes-von-wyl-rainer-weber.html#show\\_full\\_text](http://docplayer.org/1783348-Volker-tschuschke-aureliano-crameri-margit-koemeda-peter-schulthess-agnes-von-wyl-rainer-weber.html#show_full_text) [дата звернення: 23.03.2021].
- [2] **ЄФРЕМОВА, Т. [EFREMOVA, T.]** (2000). *Новий словник російської мови* [New dictionary of the Russian language]. М. Російська мова. 1084 с.
- [3] **КАРВАСАРСЬКИЙ, Б. [KARVASARSKY, B.]** (2002). *Психотерапія: підручник для студентів медичних вузів* [Psychotherapy: a textbook for medical students]. СПб: Питер. 672 с.
- [4] **КИРИЧЕНКО, С. [KYRYCHENKO, S.]** (2007) *Динамічний баланс та рівні ключового конфлікту особистості* [Dynamic balance and levels of key personality conflict]. *Журнал Позитум-Україна..* Черкаси. №1. С. 13-15.
- [5] **КОШКІН, К. [KOSHKIN, K.]** (2021). *Реклама та етичний кодекс психолога/психотерапевта* [Advertising and Code of Ethics for Psychologist / Psychotherapist]. URL: <https://chastnayapraktika.com/etika> [дата звернення: 23.03.2021].
- [6] **КУН, Т. [KUNN, T.]** (2002). *Структура наукових революцій* [The Structure of Scientific Revolutions]. Москва, Изд. Лелека 605 с.
- [7] **МАК-ВІЛЬЯМС, Н. [McWILLIAMS, N.]** (2007). *Психоаналітична діагностика*. Розуміння структури особистості в клінічному процесі [Psychoanalytic diagnostics. Розуміння структури особистості в клінічному процесі]. Москва. В-во Класс. 474 с.
- [8] **ПЕЗЕШКЯН, Н. [PESESCHKIAN, N.]** (2001): *Психотерапія в повсякденному житті. Тренінг розв'язання конфліктів*

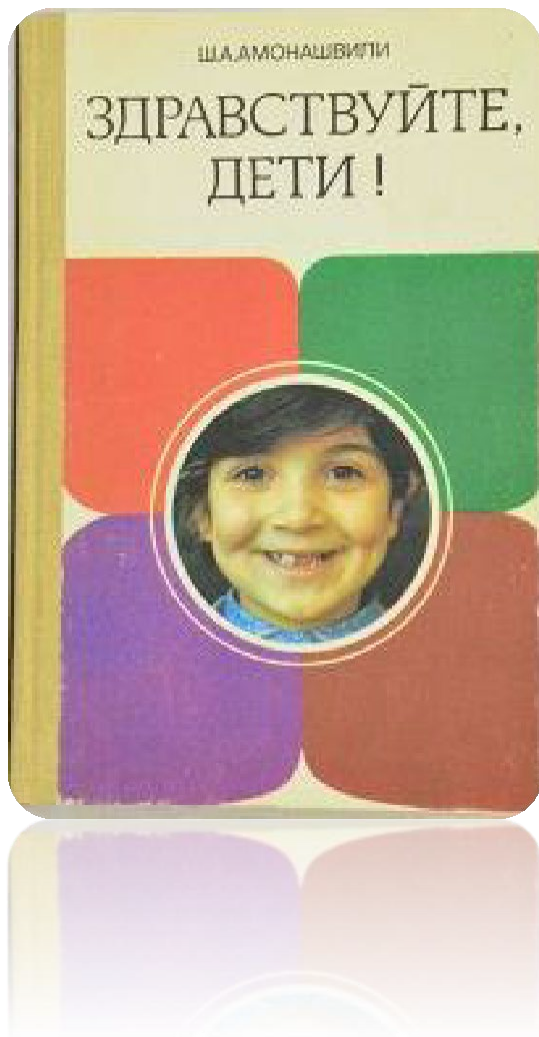
- [Психотерапія в повсякденному житті. Тренінг з вирішення конфліктів]:  
переклад з німецької Наумової Ю. С. СПб.: Мова. 288 с.
- [9] **НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ** 23.02.2016 № 121. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_121\\_ukpmd\\_ptsr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf) [дата звернення: 23.03.2021].
- [10] **НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ** 23.02.2016 № 121. URL: [https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014\\_1003\\_ukpmd\\_depresiya.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf) [дата звернення: 23.03.2021].
- [11] Керівництво mhGAP-IG з надання допомоги у зв'язку з психічними та неврологічними розладами, а також розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я" (2018). *Всесвітня організація охорони здоров'я*, Європейське регіональне бюро, Копенгаген
- [12] **САНДОМИРСЬКИЙ, М. [SANDOMIRSKY, M.]** (2005). *Психосоматика і тілесна психотерапія* [Psychosomatics and body psychotherapy]. Москва. "Класс". 416 с.

## РЕЦЕНЗІЯ НА КНИГУ



### підготував Максим Чекмарьов

MD, психіатр, психотерапевт, міжнародний Майстер Тренер з ППТ, директор Амурського центру з позитивної психотерапії, викладач кафедри громадського здоров'я Амурського державного медичного університету [pontific3@yandex.ru](mailto:pontific3@yandex.ru)



**Привіт, діти! автор Амонішвілі С.**

**ПРИВІТ, ДІТИ!  
Ш. А. АМОНІШВІЛІ**

Навчальний  
"Просвіта", 1983  
208 стор.

Працюючи в Далекосхідному Федеральному Університеті у Владивостоці, я часто їздив потягами до Благовещенська. Це майже доба шляху, в яку я брав з собою книгу. Одного разу я провів цю добу невідривно за книгою, часто починаючи плакати. Сусіди по купе озиралися, але зберігали ввічливу дистанцію. Цією книгою була "Здрастуйте, діти!" Шалви Амонашвілі видання 1983 року - документальні записи педагога про великий експеримент у грузинських школах. Над наступною його книгою - монографією 1984 року "Виховна і освітня функція оцінки навчання школярів" я теж знайшов, де заплакати.

Шалва Амонашвілі - грузинський педагог і психолог, творець концепції гуманної педагогіки, цього року йому виповнилося 90 років. З 1980-х років його праці встигли отримати міжнародне визнання. Моя мотивація розповісти про одну з книг Амонашвілі в науковому журналі, присвяченому Позитивній і Транскультуральній Психотерапії продиктована близькістю двох концепцій. Багато з того, про що говорив і писав Пезешкіан в області психотерапії перегукується з ідеями Амонашвілі в педагогіці і навпаки. У нашому методі тільки відбувається формування методології позитивної педагогіки, складається розуміння специфіки концепції дитини в освіті. У гуманній педагогіці ці філософські основи добре описані.

В якості об'єкта рецензії я візьму книгу Шалви Амонашвілі 2000 року "Школа життя", яка вийшла з підзаголовком "Трактат про початковий ступінь освіти, заснований на принципах гуманно-особистісної педагогіки". Вона, мабуть, найбільш лаконічно і повно описує не

не лише філософію, а й практику підходу, зачіпає навчальний та виховний процеси в школі як в організації.

Книга написана вже в новому тисячолітті і раптом - "трактат". У мові автора присутні навмисні архаїзми. По-перше, Амонашвілі зізнається, що вони служать для передачі пафосу і навіть романтики педагогіки. Йому чужа тенденція сприйняття освіти як послуги, вона неодмінно тільки служіння, особлива діяльність, яка не має права втратити відчуття себе як чогось сакрального. По-друге, архаїзми допомагають зрозуміти, що перед нами неокласика. Після модерністського і постмодерністського підходу до освіти, тобто становлення її як масового і стандартизованого явища, а відтак такого, що має право на плюралізм, автор пропонує замислитися про повернення до витоків. Що таке педагогічна класика? Які цінності стверджували в освіті Квінтіліан, Коменський, Песталоцці, Ушинський, Корчак і Макаренко? Кожен з них вважав, що учень - суб'єкт навчання, особистість, яка розкриває свій потенціал.

Далі я запропоную короткий огляд основних положень гуманної педагогіки. Ви легко зможете оцінити їхню близькість до позитивного бачення людини, що відкриває можливість для транскультурного плідного обміну між двома школами.

Описуючи свій підхід, спираючись на педагогічну класику, Амонашвілі пропонує три припущення, три постулати і формулює три рушійні сили.

Три припущення пов'язують педагогіку і духовну традицію. Ось вони:

- душа людини є реальною сутністю;
- вона спрямована до вічного сходження і вдосконалення;
- земне життя є відрізком шляху сходження. Тут автор нагадує нам, що слово "школа" походить від латинського "scale" - сходи.

Три постулати описують наше ставлення до

дитині в гуманній педагогіці.

1. Дитина є **явище** (феномен). Феноменологічний підхід закликає до сприйняття дитини як унікальної людини, яка вже живе, а не готується до життя.
2. Дитина несе в собі життєву **місію**. У ній прихований потенціал для проходження унікального життєвого шляху, який повинен бути розкритий і актуалізований освітою.
3. Дитина несе в собі **енергію духу**. Біблія говорить про те, що "Дух дихає, де хоче", таким чином і дитина не бачить кордонів для своєї реалізації, здатна і прагне вийти за межі світу, окресленого старшими поколіннями.

Три рушійні сили обґрунтовують безглуздість авторитарного педагогічного мислення і постулюють компоненти природовідповідного виховання, яке здатне врахувати наявність наступних прагнень в душі дитини:

1. Прагнення до розвитку. Дитина не може не розвиватися, розвиток відбувається через подолання труднощів. Це природний вроджений процес, який потребує створення умов, а не постійного мотивування ззовні. Він порушується лише під впливом агресивного соціального середовища, яким може стати і сім'я, і школа.
2. Прагнення до дорослішання. Дитина народжується не для того, щоб залишитися дитиною, а для того, щоб стати дорослою. Тому її життя - щоденний вихід за межі себе. Амонашвілі пропонує звести виконання педагогічних процесів до мистецтва, що допоможе відчувати себе дорослим там, де він зовсім ще не дорослий, а дитина.
3. Прагнення до свободи. Воно означає рух до самостійності та автономності, який може перетворитися з можливості на реальність за сприяння дорослого, через спілкування і спільну діяльність як з ним, так і самостійно.

Поза всяким сумнівом, такий погляд на дитину вимагає нового устрою школи. Сучасні тенденції прагнуть зробити її максимально відповідною поточним цінностям суспільства. Гуманна педагогіка пропонує зосередитися на неминущих істинах і розкритті особистісного потенціалу, який включає фізичний, інтелектуальний, емоційний і духовний розвиток.

Навіть побіжний аналіз основних положень гуманної педагогіки дозволяє визначити цей підхід як споріднений позитивній психотерапії. Зважаючи на інтерес багатьох наших колег до формування нового напрямку - позитивної педагогіки, я настійно раджу ознайомитися як з трактатом "Школа життя", так і з іншими роботами Шалви Амонашвілі.

## РЕЦЕНЗІЯ НА КНИГУ



### Діана Поп

Сертифікований позитивний психотерапевт, Клуж-Напока, Румунія  
[pop.iuliadiana@gmail.com](mailto:pop.iuliadiana@gmail.com)

**Invatam impartasind. Ghid de experiente scrise de si pentru specialistii L&D, Editor: Габріела Хум**

ISBN: 9786064010124



**МИ ВЧИМОСЯ, ДІЛЯЧИСЬ -  
ПОСІБНИК, НАПИСАНИЙ L&D І  
ДЛЯ L&D  
СПЕЦІАЛІСТИ [румунською  
мовою]**

TREI publishing, 2021  
348 сторінок  
ISSN 2710-1460

Під час пандемії 2020 року вісімнадцять фахівців з навчання та розвитку з різних компаній у Клуж-Напоці (Румунія) під керівництвом Габрієли Хум почали писати книгу.

Результат?

*"Ми вчимося, ділячись - посібник, написаний фахівцями з навчання та розвитку"* - чудова 347-сторінкова книга про їхній особистий досвід навчання та правила, яких слід дотримуватися, щоб створити хороший навчальний досвід, як проводити тренінги та підтримувати зміни, викликані тренінгами в організаціях.

Видання складається з п'яти розділів, поділених на двадцять підрозділів, об'єднаних словом "навчання" та організаційним розвитком. Основний акцент робиться на важливості навчання і розвитку як частини функцій управління персоналом і важливості фахівців з навчання і розвитку як бізнес-партнерів, вказується на технічні аспекти, які є частиною аналізу потреб і розробки інтервенцій, програм реалізації, навчання після реалізації, кар'єри, яку можна зробити у відділі навчання і розвитку, і захоплюючі можливості в цій сфері.

Це нова книга в галузі управління персоналом, яка має стати "біблією" для кожної організації та для всіх, хто цікавиться навчанням.

Що я помітила, коли почала читати книгу, так це те, що вона написана доступною мовою, і хоча це технічна книга, мова, яка використовується, дозволила мені, не фахівцю з навчання та розвитку, зрозуміти і зануритися в цей світ. З першого розділу мені стало цікаво, наскільки тривалим є процес створення тренінгу і скільки деталей потрібно враховувати, починаючи з першого пункту: необхідність аналізу тренінгу.

Це книга з деталями, але не нудна,

надмірний спосіб. Чи є ті деталі, які необхідні для того, щоб змінити ситуацію, і ті деталі, які можуть привернути увагу слухачів для того, щоб процес навчання відбувався ефективно.

Відчуття, яке виникає під час читання цієї книги, не є важким, втомленим, а відчуттям цікавості, змішаної з ентузіазмом, що "Гаразд, розкажіть мені більше про це відчуття.

Мені особливо сподобався третій розділ - "Проведення тренінгу", і з назви можна було б очікувати розділ "Як це зробити", але ні, уявіть собі цю книгу як лабіринт, ви знаєте, куди ви входите, ви дізнаєтеся, як вийти, і ви отримаєте всі інструменти для того, щоб знайти вихід, але сам процес вас вразить. І це правильне слово для цієї глави: дивовижний! Коли ви починаєте читати цю главу, перше речення, яке вам спадає на думку, звучить так: *"Коли ми готуємо тренінг, ми починаємо думати про нього як про подорож. В IT є відправна точка, де ми зустрічаємось з нашими партнерами по подорожі, розминаємось і дивимось на карту, щоб побачити, куди нам потрібно прибути. Потім ми починаємо мандрівку і дотримуємося певних правил, щоб переконатися, що всі з нами, гідами. І в кінці ми прощаємося один з одним і забираємо з собою те, чого ми навчилися під час подорожі, щоб ділитися цим і практикувати далі.*

Читач буде вражений, наскільки добре це речення підсумовує всю главу: відкриття, правила групи, розминку до тренінгу і розминку до конкретної теми, очікування, стиль навчання кожного - щоб переконатися, що *"всі з нами, гідами"*, проведення тренінгу і техніки його проведення, групову динаміку і візуальну фасилітацію.

Ще одна річ, яка мені сподобалася, - це акцент з останнього розділу - *"Можливості та перспективи у сфері навчання та розвитку"* на розділі *"Як підготувати тренера"* - важливий аспект, який рідко береться до уваги під час проведення тренінгів. І автор Калін Григорович вказує на це: *"Тренінг - це про учасників, а не про тренера"*, і глава присвячена підготовці тренера навколо трьох стовпів: досвід, педагогіка та форма.

Уся книга зосереджена не лише на інформації, методах та вправах, але й на людях: від тренера до учасників та організації - які в Румунії несміливо починають формувати культуру навчання.

Наприкінці кожного розділу читач знайде розділ "Джерела", приклади вправ, інструменти для використання на тренінгах та практичну частину, в якій читачеві пропонується стати частиною подорожі.

Якщо ви не фахівець з навчання та розвитку, як я, можливо, ви запитаете себе: "Навіщо купувати цю книгу?"

Моя відповідь вам буде такою: ви повинні купити її для власного розвитку, тому що ми вчимося чомусь щодня, і з кожним досвідом, який ми отримуємо в житті, ми можемо легко стати тренерами для наших дітей, клієнтів, студентів тощо. А більшість вправ та інформації, що містяться в цій книзі, можна легко використовувати в повсякденній практиці.

Процес навчання стосується не лише організації, він стосується кожного з нас, кожного дня нашого життя.

# НОВИНИ WAPP

- липень 2021 року

**Шановні члени WAPP,**

**Дорогі друзі та прихильники позитивної психотерапії з усього світу,**

За останні шість місяців Рада директорів та головний офіс WAPP - за значної підтримки наших членів - реалізували багато інноваційних ідей та розвинули існуючі проекти:

- ✓ WAPP запустила систему моніторингу курсів.
- ✓ Правління WAPP розробило інформаційну брошуру про самопізнання.
- ✓ Міжнародне видання підручника "Психодинамічна позитивна психотерапія" знаходиться в процесі публікації і незабаром буде перекладено багатьма мовами.
- ✓ Рада директорів WAPP розробила критерії допуску до участі в магістерських курсах.
- ✓ Президент WAPP д-р Хамід Песешкян був призначений членом Ради Міжнародної федерації психотерапії (IFP).
- ✓ Дві онлайн-зустрічі з тренерами, одна з яких була присвячена самопізнанню.
- ✓ Одна онлайн-зустріч з центрами та організаторами курсів ППП.
- ✓ Щомісячні онлайн-зустрічі Ради директорів WAPP.
- ✓ Підготовка міжнародних онлайн та офлайн

конференцій. А також інші важливі новини читайте нижче.

## **Створення комітетів WAPP**

Всесвітня асоціація позитивної та транскультурної психотерапії (WAPP) сформувала 4 комітети для обговорення та роботи над наступними чотирма основними темами нашої організації: Управління; Членство; Навчання; Публікації.

Цього року наша Асоціація зросла до 1 900 членів у 36 країнах світу. Теми стають складнішими та ширшими. Рада директорів WAPP збирається раз на місяць в режимі відеоконференції, щоб обговорити постійно зростаючу кількість питань. Проте, багато тем потребують більш детального вивчення та дослідження, а головне - різних поглядів та думок.

Тому Правління призначило деяких колег серед наших членів, щоб допомогти нам вивести нашу Асоціацію на новий рівень. 19 з призначених членів зголосилися приєднатися до комітетів. Разом з членами Правління вони утворюють наступні групи з 27 осіб з 12 країн:

Governance Committee	Membership Committee	Training Committee	Publications Committee
Strategy, plans, headoffice, staff, agenda, board issues, annual meetings, elections, legal affairs	Membership, finance, budget, events (World Congress, ITS, conferences)	Trainers and trainings, evaluation, training standards, specialized courses, centers, associations, EAP/ECP	Publications, Journal supervision, translations, Social Media, Website, Internet
<a href="mailto:governance-committee@positum.org">governance-committee@positum.org</a>	<a href="mailto:membership-committee@positum.org">membership-committee@positum.org</a>	<a href="mailto:training-committee@positum.org">training-committee@positum.org</a>	<a href="mailto:publication-committee@positum.org">publication-committee@positum.org</a>
Hamid Peseschkian	Ewa Dobiala	Gabi Hum	Olga Lytvynenko
Raluca Ursica	Tinia Tober	Ivan Kirillov	Stefanka Tomcheva
Daria Krebs	Anna Wyszadko	Maxim Goncharov	Irina Kuklina
Fariba Karamloo	Ekaterina Dokunova	Natalia Khanetska	Erick Messias
Liudmyla Moskalenko	Adela Moldovan	Polina Efremova	Ovidiu Damian
	Denys Lavrynenko	Oana Bodor	Klaudia Sujecka
		Ocean Liu Yang	Oana Cuesdeanu
		Oleksandra Nizdran-Fedorovych	Maksim Chekmarev

У майбутньому буде більше комітетів, підгруп комітетів або робочих груп, для яких ми будемо раді знайти волонтерів.

Нова можливість зустрічатися онлайн, незважаючи на континенти та часові пояси, дає нам змогу частіше консультиватися та зустрічатися і нарешті розпочати роботу.

Перше засідання всіх комітетів відбулося в травні, наступні засідання комітетів тепер відбуваються часто і є дуже плідними та надихаючими. Їхні ідеї та пропозиції представляються Правлінню WAPP і, у разі схвалення, реалізуються у тісній співпраці Комітетів, Правління та Головного офісу.

Ми з нетерпінням чекаємо на нові розробки, які принесе робота наших нових комітетів.

Велике спасибі всім, хто наповнює цю організацію життям і досвідом - і особлива подяка нашим новим членам Комітету за вашу готовність і за те, що поділилися своїми ідеями!

### Довибори WAPP

У зв'язку з відставкою одного з членів Правління виникла потреба у проведенні довиборів. Правління скликало позачергові (онлайн) збори, які відбулися 29 квітня 2021 року в Zoom.



Загалом ми отримали 11 номінацій на членів з 8 країн, з яких 7 були готові балотуватися до Ради WAPP. Дякуємо вам за те, що ви висунули їх і засвідчили їм свою довіру та повагу. Вибори були можливі лише шляхом електронного голосування і відбулися у квітні. У виборах взяли участь 311 членів, які мають право голосу.

Новообраним членом стала д-р Стефанка Томчева з Болгарії. Понад 50 членів з 3 континентів взяли участь у позачерговій (онлайн) асамблеї 29 квітня, на якій були оголошені результати довиборів.

## Запуск нового веб-сайту

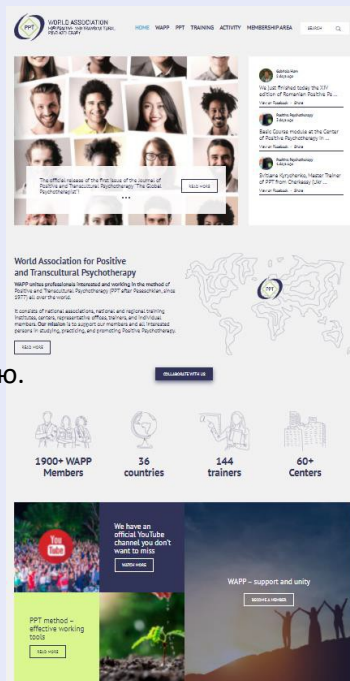
WAPP випустила новий веб-сайт ([www.positum.org](http://www.positum.org)). Він став більш сучасним, зручним для навігації та наповненим корисною інформацією.

Є спеціальний розділ "Публікації", де ми зібрали всі наявні публікації на тему PPT: книги, статті, презентації, навчальні та промо-матеріали.

Ви можете відфільтрувати їх за типом і мовою.

Звичайно, на новому сайті знову є список членів, відсортований за країнами, та інші функції, до яких ви звикли на старому сайті.

Він також має членський логін, який дозволяє членам WAPP отримувати більше інформації, ніж іншим користувачам сайту. Він пропонує більше новин, навчальних матеріалів, детальну інформацію про публікації та статті.



## Міжнародний навчальний семінар (МНС) 2021 - реєстрація відкрита



Ми раді анонсувати наступну Міжнародну онлайн-конференцію з публічних виступів: 9-10 жовтня 2021 року. У зв'язку з пандемією ITS знову відбудеться онлайн через Zoom.

Реєстрація відкрита - [Реєстрація>>](#).

9 жовтня 2021 року - День тренерів: тільки для тренерів та кандидатів у тренери - пленарні засідання, семінари, воркшопи на теми, пов'язані з тренерами та тренінгами, а також групи саморозвитку.

10 жовтня 2021 року - День відкритих дверей: пленарні засідання та воркшопи - відкриті для всіх.

Мова семінару - англійська та частково російська, переклад окремих доповідей має бути організований доповідачем, переклад на інші мови, будь ласка, організуйте самостійно. Більше інформації про наукову програму на нашому сайті.

**Ми раді бачити зростання спільноти WAPP, а також підвищення якості тренінгів з ППП у всьому світі. Незважаючи на COVID-19 пандемії, WAPP залишається постійно активною завдяки членам, які жертвують свій час та досвід.**

З глибокою  
вдячністю Рада директорів та  
головний офіс WAPP



# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021  
Number 2  
Volume 1

## ІНФОРМАЦІЯ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ АВТОРІВ

Повна та актуальна "Інформація та вказівки для авторів" розміщена на веб-сайті ПГС: <https://www.positum.org/ppt-journal/>

**The Global Psychotherapist (JGP)** - це міждисциплінарний електронний журнал, присвячений позитивній психотерапії (ППТ за Песешкіаном, з 1977 року)<sup>™</sup>. Цей рецензований піврічний журнал публікує статті про досвід та застосування гуманістично-психодинамічного методу позитивної та транскультурної психотерапії. Тематика статей варіюється від дослідницьких статей з теоретичних і клінічних питань, систематичних оглядів, інновацій, статей з кейс-менеджменту, різних аспектів психотерапевтичної підготовки та освіти, застосування КПТ в консультуванні, освіті та управлінні, листів до редакції, рецензій на книги і т.д. Існує спеціальний розділ, присвячений молодим фахівцям, який має на меті заохотити молодих колег до публікацій. Журнал вітає рукописи з різних культур і країн.

**Мови** статей: англійська: англійська та російська. Кожна стаття повинна мати анотацію англійською мовою, а для російськомовних статей - англійською та російською мовами. Для редагування англійською мовою автори можуть звернутися за допомогою до нашого редактора англійської мови, доктора Доротеї Мартін (США/Албанія). Ця послуга є безкоштовною для авторів. Але це стосується лише редагування, а не перекладу - пишіть на електронну адресу [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org).

**Процес рецензування:** Усі подані рукописи - за винятком коротких книжкових рецензій - будуть анонімно надіслані щонайменше 2 незалежним рецензентам для "подвійного сліпого" експертного оцінювання. Їхні рецензії (також анонімні) потім повертаються автору. Подані статті перевіряються в системі "Антиплагіат" і приймаються до друку в разі задовільного результату (визначається для кожної статті індивідуально за співвідношенням оригінальних фрагментів тексту, запозичених фрагментів і наявності формалізованих посилань).

**Роботи** можна надсилати лише у вигляді електронного додатку у форматі DOC, DOCX, RTF на адресу [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org).

Для оформлення статті, включаючи інформацію про авторів, редакція просить авторів використовувати спеціальні шаблони.

- Для наукових секцій: [Шаблон для наукових статей](#)
- Для практичних розділів: [Шаблон для практичних статей](#)
- Книжкові рецензії та листи приймаються у

вільній формі. Автор може опублікувати лише одну статтю в одному номері.

У виняткових випадках редакція може розглянути довші статті (або варіації на тему цих рекомендацій), однак авторам потрібно буде отримати спеціальне схвалення від редакторів перед подачею. (Зазвичай ми допускаємо 10%+-похибку при підрахунку кількості слів).

# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021  
Number 2  
Volume 1

**Список використаних джерел:** Автор повинен подати список використаних джерел в алфавітному порядку в кінці статті або на окремому аркуші (аркушах), використовуючи базовий стиль Harvard-APA. Список літератури повинен містити тільки ті посилання, які з'являються в тексті, наприклад, (Fairbairn, 1941) або (Grostein, 1981; Ryle & Cowmeadow, 1992): огляди літератури та ширші бібліографії не приймаються. Детальна інформація про загальноприйнятий стиль Гарвард-АПА може бути надіслана вам за запитом або доступна на різних веб-сайтах.

По суті, використовується наступний формат, з точним написанням великих літер, курсивом і пунктуацією.

Ось три основні приклади:

[1] Для журнальних/періодичних статей (назви журналів не повинні скорочуватися):

**FAIRBAIRN, W.R.D.** (1941). Переглянута психопатологія психозів та нейропсихозів. *Міжнародний журнал психоаналізу*, т. 22, с. 250-279.

[2] Для книг:

**ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *Позитивна психосоматика: Клінічний посібник з позитивної психотерапії*, Блумінгтон, США: AuthorHouse UK.

[3] Для неангломовних ресурсів:

**ШПІГЕЛЬБЕРГ, М. М. [SPIEGELBERG, H. M.]** (2002). *Феноменологічний рух. Історичний вступ* [Phenomenological movement. Historical introduction]. М.: "Логос". 608 с.

[4] Для розділів у книгах, написаних кількома авторами:

**ПЕСЕСЬКА Г., РЕММЕРС А.** (2020) *Позитивна психотерапія: Вступ*. В кн: Мессіас Е., Песешкян Х., Каганде К. (ред.), *Позитивна психіатрія, психотерапія та психологія*, (с. 3-9). Springer, Cham.

## Частота та авторське право

Журнал виходить двічі на рік. Журнал підтримує політику відкритого доступу, що базується на принципі вільного поширення наукової інформації та глобального обміну знаннями задля загального суспільного прогресу. Автори, які публікують статті під будь-якою ліцензією, дозволеною журналом, зберігають усі права. Редакційна політика журналу дозволяє депонувати всі версії опублікованих статей в інституційному або іншому репозитарії за вибором автора без ембарго. Редакційна колегія журналу залишає за собою право на вичитку статей, поданих до публікації.

Додаткову інформацію та контактні дані можна знайти на веб-сайті

ПГС: <https://www.positum.org/ppt-journal/>