

ФІЛОСОФІЯ
ОСВІТНЬОГО
ПРОСТОРУ:
ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИМІР

КОЛЕКТИВНА МОНОГРАФІЯ

Видавництво
«Центр учбової літератури»
Київ — 2021

УДК 159.98:78.015.3

Ф 56

Рецензенти:

Гошовський Я. О. — доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри педагогічної та вікової психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Корнієнко І. О. — доктор психологічних наук, професор, доцент кафедри психології Мукачівського державного університету;

Матласевич О. В. — доктор психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології та педагогіки Національного університету «Острозька академія».

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Рівненського державного гуманітарного університету
(протокол № 5 від 27. 04. 2021 року)*

Філософія освітнього простору: психологічний вимір: колективна монографія; **Ф 56** під ред. Р. В. Павелківа, Н. В. Корчакової. — Київ: Вид-во «Центр учбової літератури», 2021. — 400 с.

ISBN 978-611-01-2289-4

Робота присвячена розкриттю питань психології вищої школи, особливостей психологічної підготовки майбутніх фахівців педагогічного та психологічного спрямування у закладі вищої освіти. Запропоновані матеріали спрямовані на оновлення змісту навчальної інформації дисциплін психологічного циклу. У роботі висвітлюються результати експериментальних досліджень авторів, що забезпечує новизну і сучасність поданої інформації. У монографії обговорюються також питання гуманізації освітнього простору школи, налагодження продуктивної фасилітативної взаємодії у діаді «вчитель-учень», шляхи запобігання явищам гоніння та неприйняття у дитячих спільнотах.

Робота буде корисною для здобувачів вищої освіти, викладачів, вчителів та батьків.

УДК 159.98:78.015.3

ISBN 978-611-01-289-4

© Колектив авторів., 2021.
© Видавництво «Центр учбової літератури», 2021.

підтвердила основну ідею, яка виражається суттю досягнення детермінованих умов активної участі студентів у професійно-педагогічному спілкуванні. Дослідження дало можливість переконатися в тому, що рівень достатньої готовності до педагогічного спілкування є результатом складної системної організації навчально-виховних ситуацій. При цьому важливо ставити перед студентом такі умови розв'язку завдань, які б відкидали рамки традиційної відповідно-питальної системи, а навпаки, створювали стиль продуктивної, творчої роботи в групі, починаючи від розробки задуму до одержання кінцевого результату.

Олена Сторож

Теоретичні і прикладні аспекти викладання дисципліни «Основи психотерапії»

«Бути психотерапевтом – значить бути самотнім кочівником, Богом, невдахою, Сатаною, відчувати загрозу, бути предметом палкого кохання і ненависті і задавати собі питання. Наша робота постійно засмучує нас, тому що ми завжди невпевнені, постійно зустрічаємося з опором тих, кому хочемо допомогти, успіх наш ніколи не буває повним, а невдачі виразні до нав'язливості. Найкраща робота часто не помітна навіть тому, з ким вона була пророблена, і самі ми безповоротно самотні у своїй роботі, навіть в тому випадку, якщо більшу частину часу проводимо в чийсь компанії».

Джеймс Бьюдженталь

Навчальна дисципліна «Основи психотерапії», базуючись на сучасних досягненнях психологічної та медичної науки і практики, вирішує завдання теоретичної та практичної підготовки здобувачів вищої освіти до роботи у галузі практичної психології. Як і інші навчальні дисципліни, вона має чітку структуру змістового контенту, що об'єднує широкий простір теоретичної інформації та систему практичних напрацювань. Ознайомлення здобувачів вищої освіти з психотерапевтичними техніками спрямоване на розвиток їх професійних компетенцій психотерапевтичного спрямування.

Навчальна дисципліна «Основи психотерапії» є складовою програми професійної підготовки спеціалістів за напрямком 053 «Психологія». Мета

дисципліни – ознайомити слухачів з принципами та методами сучасної психотерапевтичної роботи; висвітлити показання і обмеження для здійснення психотерапії; розкрити особливості організації психотерапевтичної допомоги, систему її засобів і прийомів. Сучасна психотерапія має багато напрямів – як біологічно орієнтованих, так і динамічних. Усі вони мають певні переваги, обмеження і показання до застосування. Опанування основ психотерапії та ознайомлення із широким спектром коригуючих впливів, дасть можливість випускникам вищої школи ефективно впроваджувати у вітчизняну психологічну практику сучасні методи психотерапевтичної допомоги пацієнтам/клієнтам. Знання, здобуті при вивченні курсу «Основи психотерапії», є підґрунтям для подальшої поглибленої фахової спеціалізації практичних і медичних психологів.

У структурі викладання дисципліни «Основи психотерапії» можна виокремити два тематичні блоки: теоретичний і прикладний. Теоретичний блок передбачає ознайомлення студентів із становленням психотерапії як науки; сутністю поняття «психотерапія»; вимогами до змінної «особистість психотерапевта»; напрямками, видами і методами психотерапії; психотерапевтичним процесом; етичними принципами психотерапії. Прикладний блок це кейси випадків із психотерапевтичної практики. Зупинимося на аналізі теоретичних аспектів викладання дисципліни «Основи психотерапії».

Становлення психотерапії як науки. Усе розмаїття психотерапевтичних шкіл і течій у психологічних джерелах розділяють на дві великі групи: релігійно-магічну та емпірико-наукову [131, с. 7; 225, с. 10] або донауковий період (до XIX ст.) та науковий період (XIX-XX ст.). Релігійно-магічна психотерапія виникла на зорі розвитку людської культури. Сьогодні вона переважно представлена у малорозвинених країнах, але знаходить прихильників і у розвинутих країнах. Донауковий період пов'язаний здебільшого з релігійними та магічними практиками, основаними на міфологічних та теологічних віруваннях, інтуїтивних знаннях і магічних обрядах. На цьому етапі активно використовували такі засоби психологічного впливу, як навіювання, самонавіювання, введення в трансівні стани тощо. Психотерапевтичні практики здійснювались цілителями, жрецькими і шаманами. Історія психотерапії і медицини свідчить, що ефективність цих технік була і дотепер залишається високою [226, с. 21].

Емпірико-наукова психотерапія своїм корінням іде до вчень Гіппократа Як зазначають К. В. Седих, О. О. Фільц (2017), наукові

передумови розвитку психотерапії закладено у XVIII ст. Саме в цей час почали звертати увагу на несвідомі причини симптомів психічних і психосоматичних розладів. Так, австрійський лікар Фрідріх-Антон Месмер (1776) здійснив спробу науково пояснити лікувальний вплив навіювання, створив *теорію «тваринного магнетизму»* – особливої психічної активності, зумовленої дією флюїдів, які надсилає людина. Сучасники активно критикували вчення Ф.-А. Месмера, однак він першим спробував експериментально дослідити психотерапевтичні стосунки, а його вчення дало поштовх для використання з лікувальною метою гіпнозу, ефектів навіювання та самонавіювання, а також рапорту (позитивного емоційного зв'язку, контакту між людьми) [226, с. 21]. У свою чергу, А. Пюїсегюр (1785), учень Ф. А. Месмера (1776), зробив крок щодо розуміння терапевтичних взаємовідносин, відкривши «магнетичний сомнамбулізм». Залишаючись флюїдистом, А. Пюїсегюр (1785) надавав велике значення бажанню пацієнта вилікуватися, враховуючи його особистість [225, с. 11].

Виникнення психотерапії як науки пов'язане з ім'ям Йоганна-Крістіана-Августа Хейнрота (1811), який був призначений на посаду професора психотерапії у Лейпцигу. До середини XX ст. психотерапією займалися переважно лікарі-неврологи, а потім психіатри. Більшість досліджень і напрацювань у XIX ст. здійснено в межах цих галузей [226, с. 21]. Поява психодинамічної теорії П'єра-Марі-Фелі Жане (1859-1947), як зазначають К. В. Седих і О. О. Фільц, стала суттєвим етапом у розумінні психіки та психічного і відобразилась у вченнях З. Фрейда (1856-1939), Альфреда Адлера (1870-1937), Карла-Гюстава Юнга (1875-1961) та ін. Першою фундаментальною школою психотерапії став психоаналіз, із якого у середині XX ст. виокремились інші глибинно-психологічні напрями. Паралельно розвивалися когнітивний, біхевіористичний, гуманістичний підходи та гештальтпідхід. На початку 30-х років XX ст. психоаналітичні інститути Європи та США на основі вивчення матеріалів своїх колишніх пацієнтів намагалися довести ефективність психотерапевтичного лікування [225, с. 22]. Так, в кінці 30-х рр. XX ст. на основі класичного психоаналізу З. Фрейда утворився напрям, в подальшому названий неофрейдизмом. Його яскравими представниками стали Е. Еріксон, Х. Саллівен, К. Хорні, Е. Фромм. У 40 – 50-х роках XX ст. простір емпірико-наукової психотерапії поповнився психотерапевтичними підходами біхевіористської (поведінкової) психотерапії, заснованої на вченнях І. Павлова і Б. Скінера [225, с. 11]. У 1952 році дослідження Г. Айзенка та наступні його критичні публікації

стали важливим поштовхом до пошуку науково обґрунтованих методів оцінювання ефективності психотерапії. У 70-тих роках ХХ ст. відомими новітніми течіями в психотерапії стали когнітивна та гуманістична психотерапія, які почали інтенсивно розвиватися і втілюватися в практику. Когнітивна психотерапія спрямована на розв'язання проблем людини за допомогою корекції порушень розуміння (когніцій). Гуманістична психотерапія звеличує людину, заохочує до максимально повного дослідження унікальності і універсальності природи кожної людини, реалізації її потенціалу в соціумі [131, с. 8]. У наукових джерелах стверджується, що починаючи з Ф. Месмера і до середини ХХ ст. емпірико-науковою психотерапією займалися лікарі: спочатку неврологи, пізніше психіатри. Надалі до них приєдналися психіатричні соціальні працівники, а потім клінічні психологи, і лише останнім часом психотерапією стали займатися люди, що мають класичну психологічну освіту [225, с. 11-12].

На теренах України психотерапія виникла у ХІХ ст. та розвивалася під впливом вчень про гіпноз. Важливу роль у її становленні відіграли робота А. А. Токарського (1890) («Терапевтичне використання гіпнозу») та праці В. М. Бехтерева, Ю. В. Канабіха, Є. Н. Довбня, Л. І. Платонова, В. М. Мясіщева та ін. Із 20-х р. ХХ ст. психотерапія почала розвиватися у рамках психоневрології та психіатрії, але дуже скоро, за рядом причин, вона відійшла на другий план, поступившись першій у вітчизняній практиці біологічним дисциплінам. Окрім того, в СРСР психотерапія завжди була прерогативою лікаря. І донині психолог не може одержати ліцензію Міністерства охорони здоров'я України на здійснення психотерапевтичної допомоги населенню. Хоча вони здійснюють таку допомогу під іншими іменами – психоаналіз, психокорекція, психопрофілактика і т.д. Дискримінація психолога стосовно психотерапії в Україні має певні історичні коріння та традиції і різко відрізняється від становища психолога у всіх розвинених країнах світу [53, с. 7].

Як зазначають Л. Ф. Бурлачук та О. С. Кочарян, в СРСР психотерапія використовувалася, в основному, у клініці неврозів, у курортології при комплексному лікуванні ряду соматичних захворювань, а також у наркології. Три кафедри психотерапії інститутів вдосконалення лікарів (Москва, Ленінград, Харків) вели підготовку психотерапевтів. Разом з тим в переліку лікарських спеціальностей, спеціальність психотерапевта довгий час була відсутньою. З другої половини 80-х років у районних поліклініках створюються кабінети психотерапії. Поступово лікарська психотерапевтична практика розширює свої межі і починає

використовуватися в системі підготовки, психопрофілактики та реабілітації спортсменів, в ряді інших видів професійної діяльності, пов'язаних з нервово-психічною напругою. Винятком була особистісно-орієнтована патогенетична психотерапія, що розвивалася в концепції відносин В. М. Мясіщева [52, с. 7-8]).

За дослідженням Л. Ф. Бурлачука (1999) тільки в середині 80-х рр. психологи починають освоювати нову для себе область – консультування і психотерапію. У цей час у багатьох обласних центрах були створені служби сім'ї і шлюбу, покликані допомагати конфліктним і кризовим родинам. Утверджується шкільна психологічна служба, у рамках якої почала здійснюватися і психокорекційна робота [52, с. 7-8]). На початку 90-х років, як зазначають автори книги «Основи психотерапії» Л. Ф. Бурлачук, І. А. Грабська, О. С. Кочарян, з'являються різноманітні західні психотерапевтичні технології, їхні адепти проводять численні семінари, конференції, тренінги. При цьому техніка психотерапевтичного впливу фетишизується, знаходить вищу цінність (по-перше, з її допомогою можна заробити гроші, а по-друге, знання технік стає критерієм професійної компетентності) [52, с. 8]).

Кінець ХХ століття в історії психотерапії характеризується розвитком дитячої психотерапії, що представлена у роботах М. І. Буянова, О. І. Захарова, Д. М. Ісаєва, В. А. Скуміна. Дитяча психотерапія – відносно молода медична дисципліна, що, відділившись від загальної психотерапії, ставить акцент на особистісно-орієнтованій терапії. Вона спирається на вивчення та сприяння особистісному розвитку дитини, нейтралізацію несприятливих факторів середовища, які гальмують і пригнічують цей розвиток [226, с. 13]).

Важливою закономірністю розвитку психотерапії як науки є її спрямованість на вироблення єдиної теорії. Кожна із психотерапевтичних шкіл претендувала на статус домінуючої теорії, яка заперечує попередні. Однак дотепер жоден із існуючих підходів не задовольняє вимог єдиної теорії, а формування теоретико-методологічного підґрунтя психотерапії лише починається [226, с. 24].

Суть поняття «психотерапія» Як зазначає Н. П. Зубалій і А. М. Львовичкіна (2001), у наші дні психотерапія, як практична допомога в різних життєвих ситуаціях, є одним із найбільш популярних напрямів практичної психології. Разом із тим, різноманітність визначень поняття *психотерапія*, а також її основних підходів та методів показує, що ця наука не має єдиного понятійного апарату, термінології та теорії [131, с. 5]. Це можна пояснити тим, що у світовій практиці використовується

понад 600 форм і методів психотерапії. Крім того, у цих напрямках існують неузгоджені, а інколи й протилежні одне одному, уявлення про моделі психічного (і психологічного) здоров'я, механізми розвитку психопатологічних і психосоматичних розладів, теорії психотерапевтичної зміни пацієнта/клієнта і т.д. [225, с. 15].

Буквальне значення терміну «психотерапія» пов'язане з двома його трактуваннями, які базуються на перекладі грецьких слів *psyche* – душа і *therapeia* – турбота, догляд, лікування: «зцілення душею» чи «лікування душі». Сам термін «психотерапія» був введений Д. Тьюком (1872) у книзі «Ілюстрації впливу розуму на тіло» і став широко популярним з кінця XIX століття (І. Г. Малкіна-Пих, 2005, [193, с. 10]). У психологічних словниках психотерапію визначають через ідею «лікування розмовою». Психотерапія може бути індивідуальною чи груповою, поверхневою чи глибинною, довготривалою чи короткотривалою, інтенсивною і т. д. (Ч. Райкрофт, 1995 [252]).

Ю. Г. Дем'янов (2004) визначає *психотерапію* як систему планомірних впливів певними засобами на психіку хворої людини для забезпечення її видужання чи покращення психічного стану. Вплив здійснюється психотерапевтом за допомогою слів, пауз, жестів, міміки, ритмів, музики та інших вербальних і невербальних засобів [100]. Дж. К. Зейг та В. М. Мьюніон (2000) розглядають *психотерапію* як процес, ціль якого полягає у тому, щоб викликати зміни. Цей процес відбувається у рамках професійних відносин, які характеризуються наявністю довготривалих зобов'язань між сторонами-учасниками, емпатією та довірливими стосунками [248]. У ході цього процесу в центрі уваги експліцитно та імпліцитно є особистість клієнта чи техніки психотерапії або те і інше. Результатом психотерапії виступають стійкі зміни у різноманітних сферах життя клієнта/пацієнта [248, с. 13]. На думку Дж. Мармора (1987) *психотерапія* – це процес, за якого людина, котра бажає позбутися симптомів або проблем, з якими вона зіштовхується у своєму житті, імпліцитно чи експліцитно заключає контракт на певну – вербальну чи невербальну взаємодію з людиною (або кількома людьми), які виконують роль агентів допомоги [248]. З позиції В. І. Гарбузова (1994), *психотерапія* – це профілактика і корекція відхилень у формуванні особистості, психічних і соматичних наслідків психічної травматизації, корекція систем домагань, цінностей, потреб, стилю життя з метою реабілітації і реадaptaції дезадаптованої людини [78]. Російська та американська дослідниця Ю. Е. Альошина (1999) розуміє *психотерапію* – як глибинну особистісну корекцію, яка

використовується коли клієнт скаржитися на внутрішні проблеми [4, с. 12-13].

Суть поняття психотерапії характеризується наявністю двох *моделей: медичної і психологічної*. У *медичній моделі* основна увага надається знанням нозології, синдромології, клінічній картині розладів. Основною мішенню такої моделі виступає симптом, його пошук і ліквідація причини. Активність пацієнта зводиться до мінімуму, проте зростає віра в лікаря та сам процес лікування. Лікар-психотерапевт у такій моделі психотерапії займає позицію експерта, який краще знає, краще розуміє пацієнта. Як відомо, така модель психотерапії була єдиною в СРСР, де не допускалось проникнення психологічного розуміння психотерапії [53, с. 9]. Дотримуючись медичної моделі психотерапії Р. Бастін визначає *психотерапію* як особливий вид міжособистісної взаємодії, за якої пацієнтам надається професійна допомога за допомогою психологічних засобів у вирішенні проблем або труднощів психічного характеру [248]. Психотерапія за Х. Х. Строцькою – це взаємодія між одним або кількома пацієнтами та одним або кількома психотерапевтами, ціль якої полягає у лікуванні порушень поведінки або хворобливих станів (переважно психосоціального характеру) за допомогою психологічних засобів (у тому числі шляхом комунікації, як вербальної так і невербальної), із застосуванням доступних для хворих прийомів [248].

Поряд із медичною моделлю психотерапії розвивається *психологічна модель* психотерапії. Цей напрям, у першу чергу, пов'язаний із розумінням психотерапії як «світу казок та метафор». На цьому шляху медична модель надання допомоги стає неадекватною і непотрібною. У такому випадку визначення психотерапії як впливу на психіку людини звільняє місце таким метафорам психотерапевтичного контакту, як:

- взаємодія – коли активний не лише психотерапевт, але і сам клієнт (у цьому випадку термін «пацієнт» ми не можемо вживати, так як «клієнт» не є пасивним об'єктом маніпуляцій психотерапевта);

- співіснування – коли підкреслюється ідея не дієвого спільного перебування психотерапевта і клієнта в психотерапевтичному контакті, а обмін емоціями і смислами;

- внутрішній інсайт – коли клієнт рухається у внутрішньому просторі за траєкторією, яку він сам визначає;

- безумовна любов – коли клієнт і психотерапевт вступають в особливі відносини психологічної інтимності, наповнені любов'ю і прийняттям [53, с. 10]).

Психологічна модель психотерапії орієнтована на поширення психологічної культури і мислення у сферу допомоги хворим і людям, які мають психологічні проблеми. Характерною особливістю психологічної моделі виступає переконання в тому, що за пацієнта/клієнта вирішити проблему ніхто не може. Психотерапевт лише супроводжує, допомагає людині знайти ресурс для змін і вирішення своїх проблем [53, с. 11].

Відповідно до психологічної моделі *психотерапія* – це зцілення душею, ціль якої полягає не у видужанні від психічних розладів, а допомога в процесі становлення свідомості і особистості, за якої психотерапевт є супутником хворого, його другом і наставником. Необхідними умовами, які б забезпечили успішність діяльності психотерапевта, є безоцінне ставлення до клієнта і прийняття його таким, яким він є, співчуття до нього, а також щирість і чесність у поведінці. Наслідком такого розуміння психотерапії є поширення її методів у педагогіці, соціальній роботі, прикладній психології і т.д. [248].

С. Ледер (1993) підкреслив багатогранність *психотерапії* і свої уявлення представив таким чином : це метод лікування, що впливає на стан і функціонування організму в сферах психічної і соматичної діяльності; це метод, що приводить в рух процес навічання; це метод інструментальної маніпуляції, що слугує цілям соціального контролю; це комплекс явищ, котрі відбуваються в ході взаємодії і спілкування між людьми. Перше зазначене визначення С. Ледера психотерапії стосується медичної моделі, друге пов'язане із психологічними концепціями, третє – із соціологічними, четверте – з філософією [248].

Існує Декларація з психотерапії, прийнята Європейською асоціацією психотерапії в Страсбурзі від 21 жовтня 1990 р., зміст якої відзначає:

- психотерапія є гуманітарною наукою, незалежною науковою дисципліною, практична діяльність в якій являє собою незалежну та вільну професію;

- психотерапевтична освіта вимагає високого рівня теоретичної і клінічної підготовки;

- процес психотерапії гарантує використання різноманітних психотерапевтичних методів;

- освіта в галузі одного із психотерапевтичних методів повинна здійснюватися інтегрально; вона включає теорію, особистий терапевтичний досвід і практику під керівництвом супервізора, водночас набуваються широкі уявлення про інші методи;

- доступність освіти можлива лише за умови широкої попередньої підготовки (загальної та гуманітарної) [248].

Б. Д. Карвасарський (2006) підкреслює, що враховуючи всю різноманітність концепцій, підходів, методів, організаційних моделей, соціокультурних феноменів, можна зробити висновок про існування психотерапії *в трьох сферах* суспільної свідомості:

- академічна сфера – передбачає розробку наочно обґрунтованих підходів на базі наукового світобачення;

- альтернативна сфера – базується на різноманітних історично обумовлених езотеричних вченнях та релігійних системах;

- інтуїтивна сфера – є результатом впливу перших двох на буденну свідомість і виражається у впливі психологічної культури на існуючу практику надання психотерапевтичної допомоги, суспільну думку, допомогу у вирішенні психологічних/психічних труднощів. Існування психотерапії у вищезазначених сферах визначає процеси її наукового і практичного розвитку. Так, якщо психотерапія в академічній та альтернативних сферах постачає моделі, концепції, практичні підходи, то психотерапія в інтуїтивній сфері формує суспільне замовлення, стимулює розвиток одних процесів і гальмує розвиток інших [248].

Важливо представити погляд Європейської асоціації психотерапії (ЄАП) на поняття «психотерапії», який розкриває усі аспекти даної професії. «*Психотерапія* – це повноцінне цілеспрямоване та сплановане втручання, в т. ч. лікувальне, що здійснюється на підставах загальної та спеціальної підготовки при порушеннях поведінки та розладах здоров'я або при ширших особистісних потребах у власному розвитку, пов'язаних із психосоціальними, а також психосоматичними факторами та причинами, за допомогою наукових психотерапевтичних методів, у взаємодії між однією або кількома особами, які проходять лікування, та одним або кількома психотерапевтами з метою пом'якшення або усунення страждання та встановлених симптомів, зміни порушених стереотипів поведінки та життєвих налаштувань, сприяння процесу досягнення зрілості, розвитку, психічному здоров'ю та благополуччю особи, яка лікується» [226, с. 8]. На думку К. В. Седих, О. О. Фільц (2017), з огляду на те, що цілісним переживанням людини у психологічній площині є її ідентичність, а життєвою метою – самореалізація, можна сформулювати широке за змістом і коротке за формою визначення психотерапії. *Психотерапія* (грец. *psyché* – душа і *terapeia* – лікування) – спосіб пізнання суб'єктивної реальності людини, предметною метою якого є лікування або подолання страждання і (або) розширення ідентичності та самореалізації. Сучасні дослідники визначають психотерапію як науку

про суб'єктивне. За такого розуміння суб'єкт, тобто людина, є *об'єктом психотерапії* [226, с. 10]).

Предмет психотерапії – психологічні проблеми психічно здорових і психічно нездорових людей, що перешкоджають їх особистісному, соціальному і духовному розвитку, благополуччю, самореалізації та розширенню ідентичності.

З огляду на це основною *метою психотерапії* є зменшення страждання, у т. ч. пов'язаного із хворобами, а також сприяння розширенню ідентичності особи та її самореалізації. Психотерапія покликана за допомогою слова і людських стосунків вплинути на переживання та поведінку, які сприймаються як хворобливі або як певні відхилення, і водночас зрозуміти стан людини, поставити в межі, доступні індивідуальному пізнанню, історію її страждань. Зазначеної мети можна досягти у процесі розв'язання таких *завдань психотерапії*:

- допомога клієнту в дослідженні, усвідомленні та розв'язанні власних проблем;
- сприяння зниженню напруги та емоційного дискомфорту у клієнта, зміцнення його психічного здоров'я;
- заохочення клієнта до розуміння власних почуттів та вільного їх вираження;
- вивчення психологічних закономірностей, механізмів та ефективних способів міжособистісної взаємодії для створення основи більш ефективного і гармонійного спілкування з людьми;
- забезпечення клієнта новими ідеями або інформацією про те, як вирішувати ті чи ті проблеми;
- допомога клієнту у перевірці нових способів мислення та поведінки за межами терапевтичної ситуації;
- сприяння особистісному розвитку, реалізації творчого потенціалу, досягненню оптимального рівня життєдіяльності і відчуття щастя та успіху [226, с. 8].

Особистість психотерапевта. За результатами аналізу особистісних якостей психолога та психотерапевта американський психотерапевт Ролло Мей (2001) [210] запропонував «теорію пораненого цілителя», вважаючи, що вони лікують людей, звертаючись до досвіду своїх особистих травм. За його спостереженнями, психотерапією займаються люди, які в дитинстві були «терапевтами у своїх сім'ях». Завдяки особистій боротьбі з власними проблемами у них розвиваються емпатія, креативність і співпереживання. Вони знаходять щось позитивне у всіх хворобах (фізичних чи психічних), оскільки певна форма боротьби

абсолютно необхідна людині, щоб дійти до тих глибин, у яких виникає креативність. Як стверджує сучасний американський психолог Джером Каган, *креативність* основана на стражданнях підліткової самотності, на ізоляції і навіть на фізичній неповноцінності. Важливою якістю психотерапевта також вважають *автентичність* – здатність бути собою, не змінювати своєї істинної сутності з огляду на кон'юнктуру, а також *конгруентність* – здатність правильно і точно реагувати на слова і дії клієнта, «віддзеркалювати» його прагнення і наміри. К. В. Седих, О. О. Фільц (2017) вважають, що розвитку професійно важливих якостей психотерапевта, його ціннісно-сислової сфери та світогляду сприяють: формування психологічної, психотерапевтичної компетентності; розвиток умінь та навичок надання психотерапевтичної допомоги населенню з використанням різноманітних психотерапевтичних технік та методів з опорою на контекстуальні та процесуальні положення; формування психотерапевтичної культури; пояснення хвороби, недостатнього чи викривленого розвитку, неповної соціалізації, відсутності гармонії з собою чи світом у психологічних поняттях; лікування розладів здоров'я, недорозвитку чи неповної самореалізації та запобігання їм, досягненню гармонії з собою та світом за допомогою психологічних впливів [226].

Психотерапевтичний напрям – підхід, що має власні дискурс та уявлення щодо розуміння особистості й характеру порушень особистості та логічно пов'язану з цим систему психотерапевтичних впливів. Кожен психотерапевтичний напрям детально представлений у підручниках та посібниках для вищої школи [52; 53; 84; 145]. До основних психотерапевтичних напрямків належать наступні: психодинамічна психотерапія (З. Фройд); аналітична психотерапія (К. Юнг); індивідуальна психотерапія (А. Адлер); когнітивна психотерапія (Т. Бек); поведінкова психотерапія (Дж. Уотсон); гештальт-терапія (Ф. Перлз); клієнт-центрована психотерапія (К. Роджерс); психодрама (Я. Морено); символдрама (Х. Льюїнер); транзактний аналіз (Е. Берн); позитивна психотерапія (Н. Пезешкіан); характерологічний аналіз (В. Райх); біоенергетичний аналіз (О. Лоуена); характерологічний аналіз (К. Хорні); гуманістичний психоаналіз (Е. Фром); інтерперсональна терапія (Г. Саллівен); сімейна психотерапія, дитяча та юнацька психотерапія, арт-терапія та інші.

Як зазначають, К. В. Седих, О. О. Фільц, психотерапевтичні напрями класифікують за різними критеріями і *видами*. Так, розрізняють *директивні* (орієнтовані на проблему) та *недирективні* (орієнтовані на клієнта) психотерапевтичні напрями. Їх також класифікують за «каналом»,

через який відбувається взаємодія з клієнтом: вербальний (психоаналіз); тілесний (тілесно орієнтована психотерапія); візуальні образи (психосинтез); полімодальний (гештальттерапія). Розрізняють також *симптоматичну* (спрямовану на роботу з певним симптомом або їх групою) та *патогенетичну* (виявлення причини, яка призвела до виникнення відповідної патологічної симптоматики) психотерапію. За критерієм тривалості виокремлюють *короткочасну* та *довгострокову*, за об'єктом – *групову* та *індивідуальну* психотерапію [226 с. 12].

Таким чином, задачі психотерапевтичних напрямів обумовлюють специфіку вживаних ними методів. Причому в рамках цих напрямів виникають нові течії, підходи, форми, види, методи, методики, технічні прийоми, назви яких часто покликані відображати їх унікальність, маскувати їх похідний характер щодо основних напрямів в психотерапії та існуючих в них методів. *Метод психотерапії* – це певна техніка (гіпноз, релаксація, психогімнастика та ін.), визначальні умови, які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей (сімейна психотерапія тощо); інструмент, який використовують у психотерапевтичному процесі; терапевтичні інтервенції (втручання), які розглядають у параметрах стилю (директивний, недирективний) або форми (переконавання, пояснення тощо) [225, с. 13]. Спосіб застосування конкретного методу психотерапії називають *формою психотерапевтичного впливу*, що полягає в організуванні та структуруванні взаємодії терапевта і клієнта у процесі реалізації того чи іншого методу психотерапії. Наприклад, методи раціональної психотерапії можуть бути реалізовані у формі індивідуальної чи групової бесіди, лекції; методи психоаналізу – у формі аналізу сновидінь, вільних асоціацій тощо.

Спільним для усіх психотерапевтичних напрямів є намагання психотерапевта (незалежно від того, які методи, техніки, форми психотерапевтичного впливу він використовує) допомогти клієнту. Для з'ясування результативності психотерапевтичної діяльності було розроблено низку *методів оцінювання ефективності та наслідків психотерапії*. Першим та найрозвинутішим методом досліджень контент-аналізу психотерапевтичних сеансів та клінічного опису випадку став метод центральної теми конфліктних стосунків. Услід за ним були створені та розвинуті інші методи – метод діагностичного плану, структурний аналіз суспільної поведінки, конфігураційний аналіз, метод рамок (фреймів), метод циклічних дезадаптивних патернів (ЦДП), кількісні методи дослідження у психотерапії та ін. [226, с. 13-16]. Серед розмаїття існуючих методів психотерапії неможливо визначити

найкращий, тому що різні методи переслідують різні цілі та застосовуються до різноманітних груп пацієнтів/клієнтів. Їх вибір залежить від психотерапевта – від його особистості, рівня підготовки та теоретичної орієнтації [248].

Однією із причин існування різноманітних моделей та методів психотерапії є відсутність достатньо впевнених критеріїв великої ефективності одних методів по відношенню до інших. У зв'язку з цим, великого значення на сучасному етапі розвитку психотерапії набуває пошук, дослідження загальних факторів психотерапевтичного впливу, який дозволить суттєво наблизитися до визначення ефективності психотерапевтичних методів [248].

Для практичного застосування певних методів психотерапії має значення їх класифікація на основі поставлених цілей. Таку класифікацію запропонував дослідник Л. Волберг (2001), який виділив три *типи методів психотерапії*:

- *підтримуюча* – спрямована на зміцнення і підтримку захисних сил у хворого, які він вже має, а також на вироблення у нього нових, кращих способів поведінки, які дозволяють відновити душевну рівновагу;

- *перенавчаюча* – спрямована змінити поведінку хворого шляхом підтримки і схвалення позитивних форм його поведінки і несхвалення негативних. В результаті пацієнт повинен навчитися краще використовувати власні можливості і здібності, проте не ставиться ціль по-справжньому вирішити неусвідомлювані ним конфлікти:

- *реконструктивна* – допомагає пацієнту усвідомити внутрішні конфлікти, що виступили джерелом особистісних розладів, істотно змінити необхідні риси характеру і відновити повноцінне функціонування особистості [131, с. 10]. У клінічній практиці розрізняють такі *методи психотерапії* як симптомо-центровані, особистісно-центровані, соціоцентровані. Останнім часом розроблена велика кількість методів, у яких терапевтичним чинником виступають мистецтво і природа [225, с. 23-24]).

Психотерапевтичний процес це основа психотерапії. Це вид міжособистісної взаємодії між психотерапевтом та клієнтом, у процесі якої клієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем і труднощів психологічного характеру [226, с. 17]. У будь-якому психотерапевтичному напрямі дуже важливі *терапевтичні стосунки*, які виникають між психотерапевтом та клієнтом у процесі психотерапії і характеризуються наявністю договірних обов'язків між сторонами-учасниками, довірою та емпатією. Психотерапевт у процесі

взаємодії з клієнтом прагне створити таку атмосферу, завдяки якій клієнт вчиться усвідомлювати власні потреби, ресурси та переживання, приймати відповідальність за свої вчинки та рішення, займати активну і творчу позицію щодо себе та своєї життєдіяльності, будувати продуктивні відносини, справлятися із травматичними ситуаціями та переживаннями тощо. Результатом є виникнення певних стійких позитивних змін у різних сферах життя клієнта. Зміни є також одним із головних моментів психотерапії (незалежно від психотерапевтичного напрямку) та визначають ефективність психотерапевтичного процесу [52 с. 17].

Для дослідження проблеми клієнта часто використовуються стандартизовані і нестандартні методи: інтерв'ю, тести, спостереження (насамперед за невербальною поведінкою, самоспостереження, специфічні прийоми для символічного опису проблеми (наприклад, спрямована уява), проєктивні методики, рольові ігри тощо. Ці ж методи дозволяють оцінити проміжний і кінцевий результати психотерапії [52, с. 275].

На *першому етапі* психотерапії використовуються різні діагностичні процедури. Психотерапевтичні школи відрізняються способом бачення проблеми клієнта, уявою про можливості її вирішення, формулюванням цілей. В якості прикладу пропонуємо одну з найбільш повних схем інтерв'ю, що використовується для збору інформації про клієнта на першому етапі роботи:

- демографічні дані: стать, вік, рід занять, сімейний стан;
- історія виникнення проблеми: коли виникла проблема, як проблема проявляється в поведінці й на соматичному рівні, як клієнт її переживає і т.д.; чи раніше надавалася клієнту психіатрична або психологічна допомога;
- освіта і професія, у тому числі міжособистісні стосунки;
- здоров'я: захворювання, найбільш важливі проблеми зі здоров'ям на сьогоднішній день, ставлення до здоров'я у родині, порушення сну, апетиту, використання ліків і т.д.;
- соціальний розвиток: найважливіші події життя, ранні спогади, сьогоднішня життєва ситуація, розпорядок дня, робота, заняття, спілкування, хобі, цінності, вірування; родина, сімейний стан, взаємостосунки із протилежною статтю, сексуальний досвід (дані про батьків, сестер, братів, чоловіка або дружину, дітей, відносини з ними колись і тепер, тощо); стереотипи реагування (досліджуються на основі спостереження за невербальною поведінкою клієнта) [52, с. 276].

Виокремлюють наступні етапи психотерапевтичного процесу:

- встановлення контакту, з'ясування мотивації, встановлення терапевтичних взаємин;
- діагностування проблеми, з'ясування (психотерапевтом і певною мірою клієнтом) причин і механізмів формування симптомів, емоційних чи поведінкових порушень;
- визначення «психотерапевтичних мішеней»;
- застосування конкретних методик і технік, спрямованих на досягнення позитивних змін;
- закріплення досягнутих результатів;
- закінчення курсу психотерапії [226, с. 18].

На думку М. І. Мушкевич (2017) інтерв'ю, побудоване за даною схемою, дозволяє оцінити психологічний статус клієнта, загальну життєву ситуацію, зрозуміти характеристики проблеми, основні труднощі, з якими він зіштовхується, мотивацію його звернення і можливості вирішення проблеми. Не обов'язково використовувати всі позиції даного інтерв'ю. Для подальшої роботи особливо важливо зрозуміти ступінь порушення, розглянути можливість органічного дефекту і переорієнтації клієнта на отримання психіатричної допомоги [225, с. 25]. Слід зазначити, що на першому етапі психотерапевтичного процесу проводиться первинне інтерв'ю, яке включає в себе використання психодіагностичних методів і встановлення *адміністративного і психотерапевтичного контракту* із клієнтом/пацієнтом.

Також перший етап передбачає з'ясування запиту клієнта/пацієнта, тобто виявлення скарги з якою він звертається. Види скарги розглянуті Л. Ф. Бурлачуком і І. А. Грабською (1999) і мають таку кваліфікацію: незрозуміла скарга, нерозумна скарга, складена скарга, складна скарга, скарга з прихованим змістом, хитра скарга, скарга на іншого та інші. Психотерапевт обговорює із клієнтом також те, що б він хотів досягнути в результаті психотерапії. Така розмова може запобігти неадекватним цілям та нереалістичним очікуванням клієнта. Вона сприяє усвідомленню побудови системи цілей, за допомогою якої учасники психотерапевтичного процесу орієнтуються на конкретний і досяжний результат у найближчому майбутньому [52, с. 277-281]).

Другий етап присвячений встановленню відносин. Учасники психотерапевтичного процесу домовляються про співпрацю, психотерапевт окреслює модель психотерапії. Найбільш важливий момент цього етапу – встановлення відносин взаємної відповідальності. Успіх психотерапії багато в чому залежить від того, наскільки активно клієнт

включається в роботу і приймає відповідальність за отриманий результат [52, с. 281].

На *третьому етапі* відбувається визначення цілей і опрацювання альтернатив. Психотерапевт обґрунтовує психотерапевтичну стратегію, визначає її основні компоненти. Засвоюючи психотерапевтичну метафору даного напрямку клієнт ознайомлюється з основними характеристиками підходу, в тому числі пов'язаними із труднощами, негативними переживаннями, приймає свою роль, бере участь у виборі мети. Він включається у роботу, як активний учасник, який прийняв запропонований психотерапевтичний напрямок і психотерапевта. Активна, усвідомлена участь клієнта в психотерапії є каталізатором її успіху. Робота із проблемою розпочинається з її дослідження. Дослідження передбачає вираження, прийняття і усвідомлення клієнтом неусвідомлених емоцій [52, с. 284].

Четвертий етап це робота над поставленими цілями. Прийнята теоретична модель структурує бачення психотерапевтом психологічної реальності і визначає вибір методів [52, с. 286].

На *п'ятому етапі*, після фази, у ході якої клієнт отримує нове розуміння себе, ставиться мета перенесення внутрішніх змін і внутрішнього усвідомлення в реальну поведінку. Протягом цього етапу клієнт освоює нові поведінкові зразки, здобуває здатність до спонтанних дій, звертається до адаптивних когнітивних стратегій, відповідно до своїх внутрішніх потреб [52, с. 288].

Шостий етап – припинення психотерапії – визначається досягненням рівноваги серед різних факторів: потребою у зміні, лікувальною мотивацією, психотерапевтичною фрустрацією, вартістю психотерапії і т.д. Перш ніж прийняти рішення про припинення лікування, необхідно оцінити отриманий результат в якісних і кількісних характеристиках. Психотерапія припиняється у випадках, коли клієнт досягнув незалежності, приймає відповідальність за свої проблеми, бачить і може вирішувати їх без професійної допомоги психотерапевта [52, с. 290].

На *сьомому*, останньому, етапі здійснюється оцінка ефективності психотерапії. Через складність фіксації досягнутого результату існує велика різноманітність поглядів на критерії ефективності психотерапії: зникнення симптому, позитивні зміни в житті клієнта за межами психотерапії, задоволення клієнта, думка психотерапевта, показники тестування тощо. Дослідження змін, досягнутих у результаті психотерапії, передбачає відповідь на три питання: чи змінився клієнт під час

психотерапії; чи зумовлені ці зміни психотерапією; чи достатньо наявних змін для поліпшення функціонування [52, с. 290].

Для оцінки результативності роботи психотерапевта використовуються різні методичні засоби, наприклад:

- інтерв'ю – дозволяє дослідити, що досягнув учасник психотерапії на основі його відповідей на відкриті питання;

- самоспостереження – процес спостереження і фіксації окремих аспектів поведінки;

- самооцінка – припускає кількісну і якісну характеристику клієнтом наявності проблеми з якою звернувся за психологічною допомогою;

- опитувальники – фокусуватися на окремих проблемах (наприклад тривожності), або можуть бути більш узагальненими (наприклад ММРІ та інші);

- рольова гра – клієнт програє ситуацію, в якій проявляється проблема, а потім оцінюється її вираження у невербальній і вербальній поведінці;

- робота з образами – специфічний метод оцінки сприйняття клієнтом проблеми до, під час та після психотерапії;

- вимірювання фізіологічних показників – застосовується при дослідженні результатів лікування фобій і тривоги, психосоматичних порушень (гіпертонії), сексуальних розладів тощо. Результати, отримані за допомогою даних методів, можуть доповнюватися експертними оцінками, даними спостереження інших людей. Використовуючи їх важливо правильно вирішувати методичні та етичні проблеми. Для отримання об'єктивних даних психотерапевту варто для клієнта обґрунтувати цілі дослідження, підкреслити необхідність отримання зворотного зв'язку [52, с. 293].

Представники різних напрямів психотерапії спираються на різні теоретичні положення про особистість та особливості її розвитку; обирають об'єктом впливу різні «психотерапевтичні мішені» та фокусують увагу на різних часових аспектах (минуле – теперішнє – майбутнє); по-різному розуміють здоров'я і патологічний процес. Це зумовлює особливості психотерапевтичного процесу: підбір діагностичного інструментарію; вибір технік і процедур зміни стану свідомості та руйнування патологічних зв'язків; особливості побудови психотерапевтичних взаємин та позицію психотерапевта; необхідні часові витрати; спосіб визначення ефективності психотерапії [226, с. 19].

Етичні основи психотерапії. Етика і мораль – системи, що визначають якість людської поведінки і людських стосунків. Імануїл Кант

(1724-1804) обґрунтував категоричність (неухильність) дії моральних законів у суспільстві. Альтернативою моральним заборонам є свобода волі у виборі дій і відповідальність за них. Свобода волі становить основу етики. Сукупність етичних вимог до психотерапевтичної діяльності містить Кодекс принципів Американської психологічної асоціації (1981), оновлений у 1992 р. У 1993 – 1995 рр. етична комісія Європейської асоціації психотерапії адаптувала його до європейських умов, і в 1995 р. було прийнято етичні принципи ЄАП [343]. Прийнятий у 1998 р. Українською спілкою психотерапевтів (УСП) [109] етичний кодекс цілковито відповідає всім вимогам ЄАП [226, с. 24-26].

Потреба в етичних принципах виникла внаслідок прагнення психотерапії виокремитися в незалежну професійну діяльність. Самодостатня діяльність можлива за наявності специфічних методів психотерапії і розвинутих функціональних структур, а також власних дисциплінарних заходів, що дають змогу наблизитися до законодавчого регулювання психотерапії у кожній країні. Етичні принципи мають на меті [109; 343]:

- захист клієнта (пацієнта) від неетичного застосування психотерапії, консультування та освіти;
- захист психотерапевта і консультанта від посягань на його права, професійну честь і гідність;
- встановлення стандартів професійної поведінки для практикуючих психотерапевтів;
- формування принципів вирішення дискусійних питань.

Основу етичних принципів психотерапії утворюють: *привілей, надійність, автономність, результативність і якість психотерапії, неспричинення шкоди, особистісні та професійні якості, професійні стосунки з колегами, наукові дослідження* [343].

Етичні норми визначають прийняття рішення, усвідомлення своїх бажань і вибір відповідальної поведінки. Етичний вибір важчий, ніж моральний, оскільки він не може бути автоматичним, а мусить підпорядковуватися певним нормам і принципам, які постійно оновлюються. Як зазначає О. О. Фільц, потужна психотерапевтична хвиля останнього десятиріччя в Україні – це нове культурне явище, яке вносить певні етичні принципи, характерні для європейської ментальності. Тому важливо, щоб в Україні відбувалося опрацювання психотерапевтичних ідей та їх асимілювання до культурно-історичного простору, а водночас – вбудовування вітчизняної психотерапії в європейський простір [226, с. 24-26].

Психотерапевтом може бути спеціаліст (медик або психолог), який отримав відповідну кваліфікацію. У деяких країнах Європейського союзу можливість отримати психотерапевтичну освіту мають соціальні працівники, педагоги, фізіотерапевти, соціологи, філософи, священики. Згідно із Страсбурзькою декларацією (1990), психотерапію визнано самостійною наукою, а психотерапевтичну освіту надають спеціалістам, які мають попередню підготовку в різноманітних галузях гуманітарних та суспільних наук [226, с. 20]).

Закономірно, що повноцінну допомогу може надати лише добре підготовлений спеціаліст у цій сфері, якого не можливо уявити без досвіду власної психотерапії, завдяки чому він може краще орієнтуватися у проблемах пацієнтів, більш повноцінно працювати, не боячись таких перепон, як синдром вигорання, комунікативного переживання, а також вільно використовувати такі засоби впливу як перенесення чи контрперенесення [14, с. 14].

Таким чином, викладання дисципліни «*Основи психотерапії*» потребує змістовного і професійного підходу: знання теорії і основних концептуальних положень психотерапії та наявність власної психотерапевтичної практики, щоб знати з середини психотерапевтичний процес і вміло його доносити до майбутніх психологів і психотерапевтів у процесі навчання в ЗВО.

Прикладний аспект викладання дисципліни «Основи психотерапії».

Представлення кейс-випадку з психотерапевтичної практики за напрямком «*Дитяча і юнацька психотерапія*» (опис випадку з дозволу клієнта і його батьків).

Історія психотерапевтичного випадку

1. Психотерапевтична історія

Обставини звернення за допомогою. До психотерапевта звернулася молода жінка із запитом на роботу з її дитиною, хлопчиком 7-ми років. Рекомендація на звернення була отримана від вчителів. Першопричиною стали труднощі дитини у навчанні.

Проблема, з якою звернулися.

Скарги батьків	хлопчик буває нав'язливим, плаксивим, може грубо розмовляти з ними
Скарги вчителів, озвучені батьками	хлопчик неухажливий, погано пише, погано вчиться
Скарги дитини	«немає жодного веселого дня».

Очікування пацієнта/клієнта щодо психотерапії. У хлопчика відсутні будь-які очікування щодо терапії. Уточнюючі запитання стосовно ідей як покращити успішність навчання не отримували чітких відповідей.

Перше враження психотерапевта від клієнта. На перший погляд, спостерігалася деяка скутість та напруга. Біля кабінету психотерапевта хлопчик сидів навприсядки, очікуючи прийому. Окуляри на його личку не лише не личили йому, але й створювалося враження, що вони заважають йому у сприйнятті світу. Хлопчик наче «літав в мріях». Все ж, під час бесіди хлопчик відповідав на запитання чітко, привітно посміхався, неприємних запитань прагнув уникати. Наприклад, на питання щодо навчання в школі - починав розповідати історії про напад собаки, чи падіння з велосипеду.

Попередня діагностична версія і покази до психотерапії. За запитом батьків і вчителів, психотерапевтом була проведена психодіагностика пізнавальних здатностей клієнта для отримання наявної картини розвитку його пізнавальних процесів. За результатами психодіагностичних методик «Таблиці Шульте», «Метод Піктограм», «Постав значки», «Знайди і викресли», «Тест Бурбона-Рудника», «Запам'ятай і розтав крапки», «Чим залатати ковдру?», «Які предмети заховані в малюнках?», «Що не вистачає на малюнках?», «Графічний диктант за Д.Б. Ельконіна», «Знайди і викресли», «Запам'ятай цифри», «Впізнай фігури», «Знайди зайву букву і заміни на правильну», «Знайди відмінності», «Домалюй фігурки», «З'єднай крапки») і проєктивних методик («Автопортрет», «Моя сім'я», «Три дерева», «Неіснуюча тварина»), а також читання уривків тексту і написання кількох речень з диктанту - було виявлено ряд важливих проблем у розвитку хлопчика.

Процес психодіагностики хлопчика тривав протягом трьох зустрічей. Перед початком діагностичного процесу з батьками був укладений психотерапевтичний контракт, у якому були узгоджені деталі проведення діагностики і уточнення діагнозу, включаючи супервізійну зустріч. Так, на основі даних результатів було виявлено нестабільний емоційний стан дитини (невпевненість, скутість, конфузність, невіра у свої сили, у здатність отримати позитивні результати у навчанні. Також було визначено, що хлопчик добре рахує, досить якісно розгортає сюжетно-рольову гру, володіє пам'яттю у межах норми (запам'ятовування і відтворення цифр). У той же час констатовано, що у хлопчика існують труднощі із концентрацією, розподілом та переключенням уваги. На базі проєктивних методик було з'ясовано, що дитина потребує більшої уваги зі сторони батька, доброго ставлення з боку обох батьків. На основі

перевірки навичок читання і письма було з'ясовано, що є труднощі у швидкості читання і відтворення тексту.

Після однієї психотерапевтичної зустрічі з мамою хлопчика і трьох діагностичних зустрічей з дитиною, психотерапевтом була ініційована супервізійна зустріч. На основі представленого матеріалу ним було уточнено деталі особливостей розвитку дитини, що мають прояв у формі дислексії та дисграфії. Батькам було запропоновано відвідати наступних лікарів та фахівців суміжних спеціальностей: невролога (ЕЕГ), окуліста та логопеда. За результатами відвідування спеціалістів отримали наступні результати: невролог не виявив серйозних порушень у здоров'ї клієнта. Логопед запропонував розпочати процес корекційної взаємодії.

Терапевтичний контракт. Для складання контракту було передбачено створення безпечних і сприятливих для роботи відносин під час проведення психотерапії з дитиною та її батьками. Було уточнено позиції щодо конфіденційності розмов, тривалість роботи однієї сесії у хвилинах, періодичність зустрічей, попередня їх кількість, умови оплати. Психотерапевтичний контракт складався з двох частин: *адміністративної й терапевтичної*. *Адміністративна частина контракту* передбачала умови роботи з дитиною (наявність відповідних матеріалів, книг, засобів для малювання і т. д. з боку психотерапевта і надання книг, які подобаються дитині з боку батьків). Частота зустрічей була обумовлена двома сесіями на тиждень (тривалість кожної зустрічі – 50 хвилин); обговорювались умови, за яких тривалість зустрічі можна продовжити або скоротити – це стосувалось канікул, свят і тих непередбачуваних випадків, які могли статися (наприклад, бійка і пропуск сесії через відвідування лікаря); вартість кожної зустрічі була погоджена з батьками в оптимальному розмірі; не обговорювалась можливість використання аудіозаписів; умови конфіденційності були уточнені й прийняті. Також в адміністративному контракті передбачались наступні домовленості: вчасне прибуття дитини на терапію (батьки мали своєчасно привозити дитину на терапію і вчасно забирати). Якщо батьки не встигали привозити дитину на запланований час, вони повинні були повідомляти про це заздалегідь (мінімум за добу до призначеного терміну). Якщо ж це правило порушувалося батьки повинні були оплатити пропущене заняття в розмірі половини сесії. Наступна позиція адміністративного контракту стосувалася частоти зустрічей з дитиною та батьками. Було прийнято рішення, що після кожної 10-ї сесії з дитиною, відбувалась сесія з батьками, де обговорювались питання сімейного виховання і складності дотримання режиму у сім'ї. Уточнювалась фінансова можливість батьків.

Контракт формувався на навчальний рік, із можливістю його подовження.

Також встановлювався *терапевтичний контракт* із батьками, який стосувався цілей терапії, відповідальності батьків, дитини та терапевта у процесі психотерапії, необхідність співпраці з іншими фахівцями, зокрема з неврологом, логопедом та окулістом. Також з батьками був узгоджений дозвіл представлення матеріалів роботи з дитиною для супервізійної роботи.

2. Біографічні дані

Хлопчик 7-ми років. На момент терапії – навчається у 2-му класі. Живе у повній сім'ї, має молодшого брата.

Анамнез. Під час вагітності мама не працювала. Значних відхилень у стані здоров'я не спостерігалось. Пологи почалися вчасно, відбулись без ускладнень. Зі слів мами, при народженні стан хлопчика був оцінений за шкалою Апгар було оцінено на 9-10 балів. У 9 місяців дитина перехворіла ангіною, була підозра на коклюш. Грудне вигодовування тривало 1 рік і 2 тижні. Відпустку по догляду за дитиною мама мали 3 роки. Участь батька у вихованні дитини у перші роки життя була мінімальною. У 6 місяців хлопчик почав сидіти. Процес формування контролю за актом випорожнення тривав до 2,6 років. З 8 місяців хлопчик почав ходити. Перші слова з'явилися близько року. Перші ознаки впертості почали простежуватися після 1,5 річного віку. Після 2 року життя хлопчик почав хворіти на бронхіти, алергію, діатез. В анамнезі наявні травми голови (розсікав голову ударом об батарею, за словами матері, у процесі гри). У дитячий садок дитина пішла в 2,4 роки. Проблеми ускладненої адаптації спостерігалися протягом року. Дитина плакала під час ранкового прийому. Скарг від вихователів на його поведінку не надходило. Перше тривале розставання дитини з мамою відбулось в 5 років на три тижні, коли він їздив на море до бабусі. Значних конфліктів у сім'ї немає. Батько почав брати активнішу участь у вихованні дитини після виповнення йому трьох років. Час від часу дитина могла спати разом із батьками. Однак через народження молодшого брата, ці візити до батьків після трирічного віку стали не частими.

У 1 класі у хлопчика виявили астигматизм. Йому прописали окуляри та рекомендували сидіти за першою чи другою партою. Все ж, хлопчик носив окуляри нерегулярно, пояснюючи, що вони йому заважають. В окулярах він бачив чіткіше, але проблема з зором не була надто критичною. На перші сесії хлопчик майже завжди приходив без окулярів, пояснюючи це тим, що забув і не хоче їх носити. Перший клас, за словами мами і дитини, був не складним. Дитина швидко адаптувалась, мала

багато друзів. У другому класі стало складніше: хлопчик став неуважним, часто не чув, коли до нього зверталися чи щось пояснювали. Його любимими предметами були наступні: фізкультура, плавання, малювання і природознавство. Хлопчик любить кататися на велосипеді, скейті, плавати в басейні. Його улюблена фраза: «*Я не найрозумніший в класі, зате найсильніший*». Хлопчик відвідував гуртки з англійської мови, математики, музики і боротьби. Все ж його успішність у школі досить низька. Вчителі також часто скаржаться на його поведінку. Хлопчик плував букви Р з Т, А з О та не завершував слова при читання. Спостерігалось дзеркальне читання. Швидкість читання нижче норми. У сім'ї переважно всі розмовляють російською мовою.

Мама разом з дитиною готує домашні завдання пізно ввечері, оскільки вдень усі працюють. На його виконання витрачають максимум півтори години. Хлопець любить складати Лего, грати в комп'ютерні ігри, гратися з братиком. Проте у їхніх стосунках часто виникають сварки. Сон у хлопчика неспокійний, тривожний.

3. Найважливіші соціальні стосунки.

Тато для хлопчика – цілий всесвіт. Його ставлення до сина надто вимогливе і навіть жорстке. Батько може підвищувати голос на хлопця, часто критикує і недооцінює його успіхи, особливо коли той відчуває утруднення у виконанні домашнього завдання. (Описуючи малюнок сім'ї, хлопчик характеризує тата, як великого і дуже страшного). За хороші оцінки школяр отримує гроші від тата і бабусі. Дуже любить бабусю (татава мама). З нею він часто читає і спить. З дідусем може щось лагодити, гуляти на подвір'ї. З молодшим братом конфліктує, конкурує за маму. Від мами потребує багато любові і уваги. Хлопчик не любить, коли вона сварить його. У цьому випадку він замикається. Любить, коли, шовечора перед сном, мама голубить його.

4. Короткий опис симптоматики

Завдяки збору анамнезу, отриманим психодіагностичним результатам і спостереженням було з'ясовано, що даний клієнт має складності у розвитку довільної уваги, запам'ятовування і відтворення прочитаної інформації. Хлопчику складно сприймати на слух нечітко вимовлені слова або тихо озвучені питання. Також спостерігається незрозумілість його мовленнєвої діяльності, особливо, у ситуаціях, коли не знає чіткої відповіді на запитання. Наявна дислексія і дисграфія, яка підтверджена логопедом і колегами при представленні випадку на супервізії.

Дислексія (порушення навичок читання) найчастіше зустрічається у хлопчиків і більш явним стає у другому класі. Зустрічаються випадки, коли з віком проблема зникає, все ж це швидше виняток із правил. Найчастіше такий розлад залишається і надалі. При дислексії дитина допускає помилки під час читання: змінює букви місцями, спотворює звуки, пропускає їх у словах та спотворює початкові склади. Вона не здатна сприймати на слух певні звуки і використовувати в своїй розмові/письмі. Дитина не може розрізнити близькі звуки: «Б-П», «Д-Т», «С-З», «Ж-Ш», тому їй важко виконувати такі завдання, як читання або переказ тексту.

До подібних порушень відносять і *дисграфію* – порушення письма. Основною дисграфії звичайно виступає неповноцінність фонематичного слуху й утруднення у вимові, які перешкоджають оволодінню фонематичним складом слова. Таке порушення позначається на неправильному співвідношенні почутих звуків з їх написанням. При письмі дитина пропускає голосні букви і приголосні букви, або навіть цілі склади. Вона може розкласти слово або навпаки, написати разом окремі слова. Бувають такі випадки, коли діти з дисграфією починають дзеркально писати букви.

Виражена дислексія і дисграфія підтримується складнощами із зором - астигматизмом. *Астигматизм* – відсутність фокусної точки. Астигматизм виникає внаслідок неправильної форми рогівки (рідше – кришталика). У нормальному стані рогівка і кришталик здорового ока мають рівну сферичну поверхню. При астигматизмі їх сферичність порушена. Вона володіє різною кривизною за різними напрямками. Відповідно, при астигматизмі в різних меридіанах поверхні рогівки присутня різна заломлююча сила і зображення предмета при проходженні світлових променів через таку рогівку виходить зі спотвореннями. Деякі ділянки зображення можуть фокусуватися на сітківці, інші – «за» або «перед» нею (бувають і більш складні випадки). У результаті замість нормального зображення людина бачить спотворене, в якому одні лінії чіткі, інші – розмиті. Дані про це можна отримати, якщо подивитися на своє спотворене відображення в овальній чайній ложці. Аналогічне спотворене зображення формується при астигматизмі на сітківці ока.

Також з'ясовано, що складна ситуація щодо читання і письма була у тата хлопчика в дитинстві і наявна зараз. Тато клієнта теж не міг якісно читати і писати в школі та в університеті. Відповідно, професію обирав, опираючись на власні можливості. У результаті він став технологом виробництва, зараз успішно працює по спеціальності, має прекрасний

бізнес. Все ж особливості його навчальної діяльності у юності підтверджують припущення щодо генетичних передумов поведінкових проявів у дитини (дислексії і дисграфії).

5. Психотерапевтична гіпотеза

Існують деякі порушення емоційної прив'язаності з мамою. Так, як через три роки народився молодший братик, і більше уваги мама приділяла йому, то для клієнта ця ситуація була фрустраційною. Хлопчик був змушений різко подорослішати і недоотримував материнської уваги, що могло стати причиною його невпевненості у собі і невіри у власні можливості. Його наче відсторонили, забули, він втратив свою значимість у маминому житті. Це перший кризовий період у житті дитини – втрата повноти материнської любові. *Прихильність* – це інстинктивна поведінка дитини, особлива форма зв'язку, результатом якої є розвиток та збереження близькості з «об'єктом прихильності». Така поведінка особливо чітко проявляється, коли людина відчуває страх, втому чи недомагання. Людині стає легше, коли її заспокоюють і виявляють до неї турботу. Це можна простежити упродовж усього життя, особливо, коли людина переживає критичні моменти.

Ще одним припущенням є гіпотеза про наявність певної педагогічної занедбаності У батьків не було часу займатися дитиною як в емоційному аспекті, так і у пізнавальному. Втрачено час сенситивного періоду розвитку дитини. Її пізнавальних і емоційно-вольових процесів. Все ж основною гіпотезою є наявність генетичних передумов виникнення даних складностей у дитини та прояву у неї дислексії і дисграфії.

6. Стислий опис перебігу терапії

Перебіг психотерапії можна представити у вигляді певних психотерапевтичних етапів.

Перший етап психотерапії. На цьому етапі психотерапевт будував психологічний альянс з дитиною.

Вибудовування психотерапевтичних ідей у взаємодії з пацієнтом. Надання психологічної підтримки дитини у формуванні впевненості в собі, у своїх силах і можливостях, відновлення мотивації до пізнання нового, до навчання методом психотерапії. Стати для клієнта тим теплим об'єктом, який приймає, не критикує і готовий до різних його емоцій, відреагувань. На цьому етапі було створено комфортне середовище для розкриття потенціалу і здібностей дитини. Уточнення у хлопчика наявних здібностей, уподобань, інтересів та акцентування уваги на них. Це давало змогу йому розкритись. Хлопчик відчув, що він є цікавим, потрібним і цінним у цьому просторі. Відчувалось виникнення розслаблення і

позитивне перенесення на терапевта функцій хорошої мами. Хлопчику було дозволено приносити свої іграшки до кабінету, ділитися своїми захопленнями. У нього розвивалось відчуття важливості і цінності для когось. Цей період також був наповнений арт-терапією, де хлопчик малював бажані малюнки, місця, де йому добре, де він отримує ресурс. *Метафорично можна назвати цей період «Це Я», «Я є такий».*

Другий етап психотерапії. Даний етап був присвячений встановленню відносин з клієнтом. Психотерапевт домовився про співпрацю з хлопчиком і окреслив модель психотерапії, озвучив свої ідеї і етапи роботи з дитиною і батьками. Найбільш важливий момент цього етапу – встановлення відносин *взаємної відповідальності*. Було домовлено, що у проміжках між розмовами про захоплення, він буде повторювати алфавіт різними цікавими способами; читати цікаві книги і писати важливі, цікаві тексти, за своїм уподобанням. Заняття будуть розмежовуватися різними фізичними вправами та прийомами для відпочинку і переключення уваги. Саме на цих вищеперерахованих аспектах ставився акцент, тому що успіх психотерапії багато у чому залежить від активного включення клієнта у роботу, прийняття ним відповідальності за отриманий результат.

Звернення психотерапевта до клієнта, як до дорослого, який має право вибору, свою думку, позицію сприяло розкриттю його сміливості, самостійності і створення довірливої атмосфери. Хлопчик залюбки приходив на заняття. Психотерапевт завжди зверталась до дитини з уточненням і проясненням, у чому існують труднощі, які вони, як ці труднощі обійти, як він би хотів собі допомогти, як психотерапевт може йому допомогти. (Хлопчик часто малював автоматичну ручку з пристроєм на столі, яка сама пише і йому не потрібно буде писати самостійно). Терапевт був відкритим до всіх почуттів і негативних реакцій дитини. Під час роботи здійснювалося спокійне контейнування. Також на цій стадії терапевт здійснював конфронтацію, яка проявлялась у дотриманні рамок, в мовчанні психотерапевта, коли дитина не хотіла нічого робити: *«Окей, не маєш бажання сьогодні працювати, проявляєш протест, тоді нічого не робитимемо, будемо просто сидіти і витрачати час».* Тоді хлопчик через певний час пропонував: *«То що, давайте щось будемо робити!»* – і починав виконувати завдання, які на цю зустріч були заплановані для нього. *Психотерапевтична метафора така: «Я вчуся регулювати свої емоції потреби, бажання».*

Третій етап психотерапії. Основний етап психотерапії, де була спроба перейти на психокорекцію (після отримання рекомендацій на

супервізії), однак не вийшло (хлопчик не витримував жорсткіших рамок психокорекції) і знову почалася робота в психотерапевтичному просторі. Співпраця з логопедом завершилася, тому що клієнту було важко витримувати жорсткі рамки на занятті логопеда. При цьому він втрачає увагу й фокус концентрації.

Робота з клієнтом здійснювалась із зміцненням його усвідомлення своїх емоцій, почуттів, переживань, можливостей, ресурсів за допомогою «арт-терапії», методу «символдрами», «тілесно-орієнтованої терапії». Він вчився далі саморегулювати свої емоції, свою поведінку, розвивати свою довільну увагу, концентрацію і переключення уваги і т. д. Використовувались ігрові техніки із відомих психодіагностичних методик: «Постав значки», «Знайди і викресли», «Тест Бурбона-Рудника», «Запам'ятай і розстав точки», «Чим залатати ковдру», «Які предмети заховані в малюнках?», «Що не вистачає на малюнках?», «Графічний диктант за Д.Б. Ельконіна», «Знайди і викресли», «Запам'ятай цифри», «Впізнай фігури», «Знайди зайву букву і заміни на правильну», «Знайди відмінності», «Домалой фігурки», «З'єднай крапки». Весь діагностичний матеріал використовувався в ігровій формі, час від часу з фіксацією секундоміром швидкості виконання, просто як тренування, як гра. Іноді психотерапевт теж брав участь та змагався: хто швидше пройде завдання. Цей підхід дуже подобався хлопчикові, він отримував позитивні емоції.

Щодо тілесно-орієнтованої терапії, то вона використовувалася для тілесних відреагувань емоційних зажимів у тілі клієнта. Процедура проводилась згідно алгоритму (з дозволу батьків і дитини) і дуже обережно. На початку хлопчина міг спокійно лежати лише 5 хв., а потім крутився і ставив питання. Через декілька місяців клієнт міг лежати довше, до 15 і 20 хв. Були сесії, коли хлопчик дуже хотів заняття з ТОП, завдяки якій він відпочиває і відновлює сили. *Психотерапевтична метафора така: «Я регулюю свої емоції, потреби, бажання, зміцнюю довільну увагу».*

Четвертий етап психотерапії. На цьому етапі хлопчик отримує нове розуміння себе, ставиться мета перенесення внутрішніх змін і внутрішнього усвідомлення в реальну поведінку. Протягом цього етапу клієнт освоює нові поведінкові зразки, здобуває здатність до спонтанних дій, звертається до адаптивних когнітивних стратегій, відповідно до своїх внутрішніх потреб. На цьому етапі хлопчик вчився впроваджувати розвинену довільну увагу, саморегуляцію і терпіння удома, в школі і т.д. Тут важлива для нього підтримка, віра в його сили і програвання шкільних ситуацій для закріплення ефективної поведінки. В процесі цього

етапу використовувались техніки: «арт-терапія», «рольова гра», метод «символдрама», «тілесно-орієнтована терапія», «малювання букв на папері і на спині», «читання книги з пригодами», «уявлення слів», «складання історій про букви і слова», «графічний диктант» і т.д. *Ця стадія має таку метафору: «Я можу, в мене виходить».*

П'ятий етап психотерапії. Завершення психотерапії і завершення контракту приймається усіма сторонами психотерапевтичного процесу. Рішення про припинення психотерапевтичних зустрічей приймається на основі нових результатів в якісних і кількісних характеристиках. Завершення терапії відбулось, коли клієнт досягнув певної незалежності, почав приймати відповідальність за свою поведінку, розвиток, навчання в школі, виконання домашнього завдання і зміг вирішувати їх без професійної допомоги психотерапевта. *Ця стадія має таку метафору: «Я самостійний, Я справляюсь».*

В якості *шостого етапу психотерапії*, ставилась оцінка ефективності психотерапії. На момент завершення терапії виявилось, що психотерапія призвела до деяких якісних і кількісних змін. Було зафіксовано, що хлопчик розвинув свою довільну увагу до середнього рівня, швидкість читання зросла з 20 слів до 70 слів за 1 хв. Кількість прочитаних сторінок зросла з 2 до 4-5 за сеанс психотерапії. Письмові диктанти зросли в кількості рядків. Емоційний стан змінився в позитивному ключі і зникли фрази для рідних, щодо невеселих днів у його житті. Клієнт став більше радіти і виконувати нові обов'язки у сім'ї. Кількість мимовільних рухів кінцівок під час сну зменшилась, сон став спокійним. У нього з'явилися цікаві ідеї свого майбутнього. Хлопчик почав визначатися з тим, чим він буде займатись коли виросте і т.д. Зросла самооцінка і віра в себе. Таким чином, було прийняте спільне рішення з родиною зробити перерву у психотерапії. Психотерапія тривала 2,5 роки.

7. Стисла характеристика пацієнта на даний час

Після терапії минуло 4 роки. Зі слів матері, хлопчик вчиться на рівні середнього показника успішності, по можливості, справляється зі шкільними вимогами. Вдало пройшов 2 роки навчання у комп'ютерній школі. Пішов на гурток плавання до хорошого тренера і вже має дві перемоги на рівні України у своїй категорії. Він хороший помічник для мами. Найкращий його друг – це бабуся. Час від часу згадує психотерапевта.

Зміст

Передмова.....	3
----------------	---

Частина 1.

РОЗВИТОК ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ТА ОСОБИСТОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Моделювання деонтологічного профілю практичних психологів у системі фахової підготовки здобувачів вищої освіти <i>Токарева Н.</i>	5
--	---

Формування мотивації навчальної діяльності здобувачів вищої освіти <i>Назарець Л., Руденко Н.</i>	29
--	----

Психологічні основи розвитку професійної компетентності майбутніх менеджерів невиробничої сфери : теоретико-методологічний аспект <i>Березюк Т.</i>	54
--	----

Концепція іншомовної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери в умовах освітнього середовища університету <i>Павелків К., Павелків В.</i>	84
---	----

Особливості детермінації успішності навчання здобувачів вищої освіти емоційними переживаннями в умовах пандемії COVID-19 <i>Джеджера О. В.</i>	110
---	-----

Частина 2.

ООНОВЛЕННЯ ЗМІСТОВОГО КОНТЕНТУ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН ПСИХОЛОГІЧНОГО ЦИКЛУ У ВИЩІЙ ШКОЛІ

Онтогенетичні аспекти гендерної стереотипізації та поляризації <i>Безлюдна В., Корчакова Н.</i>	144
--	-----

Майбутнім психологам про життєві проблеми і орієнтири сучасного підлітка <i>Кулаков Р., Кулакова Л.</i>	175
Психологічні основи навчання професійно-педагогічної комунікації <i>Павелків Р., Созонюк О.</i>	200
Теоретичні і прикладні аспекти викладання дисципліни «Основи психотерапії» <i>Сторож О.</i>	226

Частина 3.

ГУМАНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ ШКОЛИ

Психологічна експертиза остракізму в освітньому середовищі <i>Назаревич В.</i>	254
Модель продуктивної фасилітативної взаємодії, її психологічні характеристики <i>Хунавцева Н., Івашкевич Е.</i>	281
Психологія літературної творчості старшокласників <i>Михальчук Н., Набочук О.</i>	316
Проблема оптимізації професійної діяльності педагога за рахунок розвитку соціального інтелекту <i>Івашкевич Е., Харченко Є.</i>	341
<i>Список використаних джерел</i>	367
<i>Авторський колектив</i>	395

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

ФІЛОСОФІЯ
ОСВІТНЬОГО
ПРОСТОРУ:
ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИМІР

КОЛЕКТИВНА МОНОГРАФІЯ

Друкується в авторській редакції

Підписано до друку 29.06.2021 р. Формат 60x84 1/16.
Друк лазерний. Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 25,0. Тираж 300 прим.

ТОВ «Центр учбової літератури»
вул. Лаврська, 20 м. Київ

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 2458 від 30.03.2006 р.