

Євген Карпенко



СУЧАСНІ МЕТОДИ
ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ

Міністерство внутрішніх справ України
Львівський державний університет внутрішніх справ

Євген Карпенко

**СУЧАСНІ МЕТОДИ
ПСИХОКОРЕКЦІЇ
ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Навчальний посібник

Львів – Дрогобич
Посвіт
2026

УДК 159.9(07)
К 20

Рекомендовано до друку та розміщення в електронних сервісах ЛьвДУВС
Вченою радою Львівського державного університету внутрішніх справ
(*протокол від 27.05.2026 р. № 13*)

Рецензенти:

Зоряна Ковальчук, доктор психологічних наук, професор,
завідувач кафедри теоретичної психології
(Львівський державний університет внутрішніх справ);
Оксана Матласевич, доктор психологічних наук, доцент,
завідувач кафедри психології
(Національний університет «Острозька академія»).

Карпенко Є. Сучасні методи психокорекції та психотерапії :
К 20 навчальний посібник. Львів – Дрогобич: Посвіт, 2026. 152 с.

ISBN 978-617-8736-52-1

Навчальний посібник підготовлено відповідно до навчальної програми з обов'язкової дисципліни «Сучасні методи психокорекції та психотерапії». Вміщено теми лекційних занять, питання для самоперевірки, тести для самоконтролю. Ця праця пропонує глибокий аналіз теоретичних і методологічних основ ключових психотерапевтичних підходів, серед яких логотерапія, екзистенційний аналіз, нарративна терапія та EMDR. Значний акцент зроблено на принципах групової та системної сімейної психотерапії, а також на прикладних техніках психодрами як дієвого засобу активного психологічного втручання. Теоретичний контент інтегровано з аналізом етапів терапевтичного процесу, етичних принципів діяльності та вимог до професійної ідентичності фахівця. Видання спрямоване на формування у здобувачів вищої освіти спеціальності С4 «Психологія» цілісного розуміння сучасних концепцій психічного здоров'я та здатності до адаптивної переробки інформації у професійній практиці.

The textbook has been prepared in accordance with the curriculum of the mandatory discipline «Modern methods of psychocorrection and psychotherapy». It includes lecture topics, self-assessment questions, and self-control tests. This work offers an in-depth analysis of the theoretical and methodological foundations of key psychotherapeutic approaches, including logotherapy, existential analysis, narrative therapy, and EMDR. Significant emphasis is placed on the principles of group and systemic family psychotherapy, as well as on the applied techniques of psychodrama as an effective tool for active psychological intervention. Theoretical content is integrated with the analysis of the stages of the therapeutic process, ethical principles of practice, and requirements for the professional identity of a specialist. The publication is aimed at forming a holistic understanding of modern mental health concepts and the capacity for adaptive information processing in professional practice among students of the specialty C4 «Psychology».

© Карпенко Є.В., 2026
© Львівський державний університет
внутрішніх справ, 2026
© Посвіт, 2026

ISBN 978-617-8736-52-1

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
-----------------	---

Тема 1. ПОНЯТТЯ ПРО СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ

1.1. Сутність, об'єкт і предмет психотерапії.....	9
1.2. Класифікація методів психотерапії.....	13
1.3. Етапи психотерапевтичного процесу.....	15
1.4. Вимоги до особистості психотерапевта. Модель ефективного психотерапевта за В. Карікашем.....	17
1.5. Етичні основи і принципи психотерапії.....	22
<i>Питання для самоперевірки</i>	28
<i>Тести для самоконтролю</i>	29

Тема 2. ОСНОВИ ЛОГОТЕРАПІЇ

2.1. Зміст та мета логотерапії	33
2.2. Ключові поняття логотерапії: свобода і відповідальність, здійснення та успіх.....	35
2.3. Види та характеристика основних груп цінностей за В. Франклом	38
2.4. Основні логотерапевтичні техніки.....	40
<i>Питання для самоперевірки</i>	42
<i>Тести для самоконтролю</i>	44

Тема 3. ОСНОВИ ЕКЗИСТЕНЦІЙНОГО АНАЛІЗУ ЗА А. ЛЕНГЛЕ

3.1. Емоції, почуття і цінності в екзистенційному аналізі.....	47
3.2. Етапи розвитку емоцій.....	49
3.3. Поняття про психодинаміку та екзистенційну динаміку.....	51
3.4. Фундаментальні екзистенційні мотивації.....	53
<i>Питання для самоперевірки</i>	55
<i>Тести для самоконтролю</i>	56

Тема 4. ОСНОВИ НАРАТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

4.1. Теоретичні засади наративної психотерапії.....	60
4.2. Психологічна герменевтика та її основні поняття.....	62
4.3. Поняття про наратив	66
4.4. Деконструкція та екстерналізація – ключові техніки наративної психотерапії.....	69

4.5. Формат практики нарративної психотерапії	71
<i>Питання для самоперевірки</i>	74
<i>Тести для самоконтролю</i>	76

Тема 5. ОСНОВИ EMDR-ТЕРАПІЇ

5.1. Модель адаптивної переробки інформації.....	80
5.2. Основні компоненти цілей EMDR-терапії.....	82
5.3. Активація системи переробки інформації.....	84
5.4. Фази EMDR-терапії	85
<i>Питання для самоперевірки</i>	89
<i>Тести для самоконтролю</i>	91

Тема 6. ОСНОВИ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

6.1. Поняття про групову психотерапію, її переваги та обмеження.....	95
6.2. Загальна характеристика психотерапевтичних груп	97
6.3. Поняття групової динаміки та її складові.....	100
<i>Питання для самоперевірки</i>	103
<i>Тести для самоконтролю</i>	104

Тема 7. ОСНОВИ ПСИХОДРАМИ

7.1. Поняття про психодраму, її мета і завдання	109
7.2. Основні елементи психодрами	112
7.3. Ключові компоненти психодрами	115
7.4. Форми і фази психодрами	117
7.5. Основні психодраматичні техніки.....	120
<i>Питання для самоперевірки</i>	123
<i>Тести для самоконтролю</i>	124

Тема 8. ОСНОВИ СИСТЕМНОЇ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

8.1. Загальна характеристика системної сімейної психотерапії	128
8.2. Параметри сімейної системи.....	131
8.3. Методологічні принципи системної сімейної психотерапії.....	133
8.4. Етапи впливу на сімейну систему.....	136
<i>Питання для самоперевірки</i>	139
<i>Тести для самоконтролю</i>	140

Список використаних джерел	144
---	-----

ПЕРЕДМОВА

Сучасний етап розвитку психологічної науки та психотерапевтичної практики характеризується інтенсивною інтеграцією теоретичних конструктів та методологічних підходів. Представлений навчальний посібник постає як цілісна відповідь на сучасні соціокультурні реалії, що вимагають від фахівця глибокої теоретичної підготовки, здатності до гнучкого застосування інструментарію в умовах стрімких змін. Особливої актуальності це набуває під час війни, коли трансформація особистості та подолання травматичного досвіду стають визначальними векторами професійної діяльності психолога та психотерапевта. Складність сучасного світу зумовлює потребу в системному баченні людини, де психічне здоров'я розглядається як багатогранний феномен, що охоплює біологічні, психологічні, соціальні та духовні виміри буття.

Теоретичний фундамент видання передбачає осмислення засадничих основ психотерапії, де об'єкт і предмет дисципліни висвітлюються крізь призму еволюції наукового знання. Визначення сутності психотерапевтичного впливу потребує чіткої диференціації методів, що дозволяє здобувачам вищої освіти структурувати власне уявлення про розмаїття терапевтичних шкіл. Важливим аспектом є акцент на етапності психотерапевтичного процесу, що забезпечує логічну послідовність та прогнозованість терапевтичних інтервенцій. Разом із тим, особлива увага приділяється особистості самого фахівця, оскільки в межах сучасної парадигми терапевт розглядається як основний інструмент змін. Модель ефективного психотерапевта інтегрує в собі високий рівень професійної рефлексії, емоційний інтелект та непохитне дотримання етичних принципів, що становить основу довіри та безпеки в терапевтичному альянсі.

Розвиток гуманістичної та екзистенційної думки в психотерапії знаходить своє відображення у детальному аналізі логотерапії та екзистенційного аналізу. Вчення про сенс, розроблене в

межах логотерапевтичного підходу, набуває особливого звучання в умовах війни, коли пошук значущості власного існування стає фактором виживання та збереження психічної цілісності. Категорії свободи та відповідальності аналізуються не як абстрактні поняття, а як динамічні сили, що спонукають людину до здійснення цінностей та досягнення успіху навіть у ситуаціях граничного напруження. Спадщина класичної логотерапії гармонійно доповнюється сучасним екзистенційним аналізом, де фокус уваги зміщується на емоційну сферу та фундаментальні мотивації. Такий синтез дозволяє зрозуміти механізми формування почуттів та цінностей, розкриваючи глибинну психодинаміку особистості, яка прагне знайти міцну опору у світі та узгодити власне воління з об'єктивною реальністю.

Наступним рівнем концептуального осмислення є нарративна психотерапія, яка пропонує постмодерністський погляд на конструювання ідентичності через мову та оповідь. Психологічна герменевтика в цьому контексті виступає методологічним підґрунтям для інтерпретації життєвих історій, де поняття наративу стає центральною ланкою розуміння людського досвіду. Застосування технік деконструкції та екстерналізації дозволяє здобувачам вищої освіти оволодіти способами відокремлення проблеми від особистості, що відкриває простір для переписування деструктивних сценаріїв та виявлення прихованих ресурсів стійкості. Наративна практика акцентує на важливості соціального контексту та дискурсів, які впливають на сприйняття себе, що є фундаментально важливим для розуміння процесів самоідентифікації особистості.

Особливе значення в структурі посібника має розділ, присвячений EMDR-терапії, що базується на моделі адаптивної переробки інформації. У сучасних умовах, коли значна частина населення зазнає впливу психотравмувальних подій, володіння методами нейробіологічно орієнтованої терапії є надзвичайно вагомим. Детальний опис фаз терапевтичного процесу та механізмів активації системи переробки інформації дає змогу зрозуміти, яким чином відбувається інтеграція травматичних спогадів у загальну структуру досвіду. Це підкреслює перехід від патоцен-

тричного підходу до ресурсорієнтованої моделі, де головною метою є відновлення природної здатності психіки до саморегуляції та адаптації, що є вкрай необхідним під час війни для забезпечення стабільного функціонування особистості.

Колективний вимір психотерапевтичної допомоги розкривається через аналіз групових форм роботи та психодрами. Групова психотерапія розглядається як мікрокосм соціальних відносин, де динамічні процеси відображають закономірності взаємодії індивіда з оточенням. Психодраматичний підхід, своєю чергою, дозволяє перевести внутрішні конфлікти у площину зовнішньої дії, використовуючи техніки рольового моделювання та сценічного втілення досвіду. Розуміння групової динаміки та фазовості розвитку групи озброює фахівця інструментами управління міжособистісними процесами, сприяючи розвитку соціальної компетентності та емпатії. Психодрама як метод творчого самовираження дозволяє розширити репертуар поведінкових стратегій, що забезпечує гнучкість особистості в складних життєвих обставинах.

Логічним завершенням теоретико-методологічного огляду є системна сімейна психотерапія, яка розглядає сім'ю як цілісний організм із власними законами функціонування. Параметри сімейної системи, такі як кордони, ієрархія та комунікативні патерни, аналізуються з позицій циркулярної детермінації та гомеостазу. Методологічні принципи системного підходу дозволяють здійснювати вплив на всю структуру родинних взаємодій, що є вирішальним фактором у подоланні криз та зміцненні сімейних зв'язків. Це особливо важливо в період воєнних дій, коли сімейна система піддається дестабілізації, а збереження внутрішньої єдності сім'ї постає як пріоритетне завдання соціально-психологічної підтримки.

Зміст даного посібника спрямований на те, щоб здобувачі вищої освіти змогли сформувати цілісну картину сучасного психотерапевтичного простору. Кожна тема є ланкою в загальному ланцюгу знань, що поєднує філософську рефлексію, нейрофізіологічні дані та практичні алгоритми роботи. Видання сприяє розвитку професійного мислення, заснованого на принципах

науковості та гуманізму. Оволодіння представленим матеріалом дозволить майбутнім фахівцям впевнено орієнтуватися в різноманітті методів психокорекції та психотерапії, обираючи найбільш ефективні стратегії допомоги в кожному конкретному клінічному випадку.

Запропонована структура посібника відображає еволюцію психотерапевтичної думки від індивідуально-центричних моделей до системних та наративних підходів. Це дозволяє простежити, як змінювалися уявлення про механізми психічних змін та роль терапевта в цьому процесі. Поряд із теоретичним матеріалом, посібник містить запитання для самоперевірки та тести для самоконтролю, а також список використаних джерел, що сприяє глибокому засвоєнню матеріалу та стимулює самостійний науковий пошук.

Загалом, представлений навчальний посібник покликаний стати надійним методологічним орієнтиром для тих, хто обрав шлях психологічної допомоги людині. Глибоке розуміння методів психотерапії та здатність до їхнього творчого застосування в умовах війни є тією основою, на якій будується професійна майстерність та етична позиція фахівця. Сподіваємося, що це видання стане цінним ресурсом для академічної спільноти та сприятиме подальшому розвитку психотерапевтичної культури в Україні, забезпечуючи високу якість підготовки нового покоління професіоналів у сфері психічного здоров'я.

Тема 1.

ПОНЯТТЯ ПРО СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ

- 1.1. *Сутність, об'єкт і предмет психотерапії.*
- 1.2. *Класифікація методів психотерапії.*
- 1.3. *Етапи психотерапевтичного процесу.*
- 1.4. *Вимоги до особистості психотерапевта.*
Модель ефективного психотерапевта за В. Карікашем.
- 1.5. *Етичні основи і принципи психотерапії.*

1.1. Сутність, об'єкт і предмет психотерапії

Психотерапія – це динамічна науково-практична галузь сучасної психології, яка, попри свою поширеність та доведену ефективність, характеризується варіативністю в трактуванні фундаментальних понять. Ця множинність підходів є наслідком існування різноманітних теоретичних шкіл. Для професійної діяльності важливим є чітке розуміння сутності, об'єкта та предмета психотерапії, оскільки ці поняття є методологічною основою для вибору терапевтичних стратегій та формування професійної ідентичності фахівця. Системний аналіз і подальша інтеграція цих ключових дефініцій є необхідною умовою для формування цілісного, експертного розуміння даної сфери.

Термін «психотерапія» походить від давньогрецьких слів «психе» (душа) і «терапія» (лікування), що означає «догляд за душею». Психотерапія як розгалужена система знань та практик оперує різними парадигмами допомоги людині. М.Ф. Каліна пропонує ґрунтовну класифікацію, виокремлюючи три ключові моделі: релігійну, психологічну та психіатричну. Кожна з них має свій унікальний вектор впливу, специфічну мету та рольову позицію фахівця. Релігійна модель розглядає душевне страждання

як духовну кризу або випробування. У цьому контексті психотерапевт фактично стає духовним наставником, а процес допомоги базується на сакральних практиках: молитві, сповіді та покаянні. Кінцевою метою є не просто соціальна адаптація, а спасіння душі та відновлення зв'язку з трансцендентним. Тут етичні та метафізичні аспекти домінують над технічними прийомами. Психологічна модель орієнтована на розвиток здорової особистості. Вона виходить із того, що людина має внутрішній потенціал для зростання. Головний фокус спрямований на розширення самосвідомості, вирішення життєвих труднощів та пошук сенсів. Психотерапевт у цій моделі – це фахівець із психологічною освітою, який виступає фасилітатором змін, допомагаючи клієнту стати суб'єктом власного життя. Це простір для самопізнання та емоційної трансформації. Психіатрична модель має чітко виражений медичний характер. Вона оперує категоріями «норми» та «патології», фокусуючись на діагностиці та лікуванні симптомів психічних розладів. Об'єктом впливу тут є пацієнт, а терапевтом – лікар із відповідною медичною підготовкою. Основна мета полягає у клінічному одужанні, де поряд із психотерапевтичними методами можуть застосовуватися біологічні методи лікування.

Ключовою особливістю психотерапії є її діалогічна природа – це спільна робота клієнта і терапевта, що ґрунтується на довірі, емпатії та професіоналізмі. Важливу роль відіграють вербальні засоби, адже саме завдяки діалогу відбувається зміна системи особистісних смислів та значень клієнта. Таким чином, психотерапія – це процес зміни семіотичного простору людини в рамках безпечної взаємодії. Психотерапія має не лише лікувальні (подолання депресії, тривожності), а й профілактичні та реабілітаційні функції. Вона також сприяє розвитку особистості, самоусвідомленню, вирішенню конфліктів та формуванню адекватних реакцій.

Страсбурзька декларація з психотерапії, прийнята 21 жовтня 1990 року Європейською Асоціацією Психотерапії, визначила психотерапію як самостійну наукову і гуманітарну професію, що вимагає глибокої теоретичної та практичної підготовки. Документ закріплює різноманітність методів психотерапії та їх віль-

ний розвиток. Він також встановлює високі освітні стандарти, згідно з якими навчання має бути інтегральним, поєднуючи теорію, особисту терапію та практику під наглядом. Водночас психотерапевти повинні мати широкі знання про різні підходи, а доступ до освіти можливий лише за наявності попередньої ґрунтовної підготовки в гуманітарних і суспільних науках.

Об'єкт психотерапії – це фундаментальне поняття, яке визначає сферу безпосереднього дослідження та впливу фахівця. У широкому науковому сенсі ним є психіка людини, її внутрішній світ, а також особливості функціонування особистості в соціальному середовищі. На відміну від класичної медицини, де об'єктом часто виступає конкретна патологія, психотерапія фокусується на психічних процесах, емоційних станах, деструктивних когнітивних, емоційних, поведінкових патернах, установках, переконаннях, захисних механізмах, ресурсах тощо. Центральною темою психотерапії виступає психологічне страждання або стан дезадаптації. Це можуть бути внутрішньоособистісні конфлікти, наслідки травматичного досвіду, порушення самосприйняття чи кризові стани. Важливо розуміти, що в сучасних психотерапевтичних підходах об'єкт дещо трансформується: ним стає не лише «хвора частина» психіки, а й сам процес взаємодії між терапевтом і клієнтом. Отже, об'єкт психотерапії – це динамічна система психічних явищ, що потребують трансформації для відновлення цілісності й гнучкості особистості. Це не статична мішень для впливу, а живий простір змін, де через усвідомлення відбувається зцілення та розвиток адаптаційних можливостей людини.

На відміну від універсального об'єкта, предмет психотерапії є динамічним і залежить від теоретичної школи (табл. 1.1).

Якщо об'єкт – це широке явище (цілісна особистість), то предмет – це конкретний аспект або властивість об'єкта, на який спрямовані зусилля терапевта. Це пояснює різноманітність психотерапевтичних підходів. Наприклад, при роботі з тривожністю предметом терапії можуть бути не самі фізіологічні прояви, а психологічні механізми, що їх спричиняють, такі як когнітивні переконання чи несвідомі конфлікти.

Предмет психотерапії

Школа / Напрямок	Предмет психотерапії (фокус впливу)	Ключові концепції (приклади)
<i>Психоаналіз (З. Фройд)</i>	несвідомі конфлікти, інстинктивні потяги, захисні механізми	лібідо, катексис
<i>Аналітична психологія (К. Юнг)</i>	психе як системна єдність свідомого та несвідомого	архетип, індивідуація
<i>Когнітивно-поведінкова терапія</i>	деструктивні думки, переконання та поведінкові патерни	когнітивні спотворення, декатастрофізація
<i>Гуманістична та Гештальт-терапія</i>	відчуття, емоції, свідомість моменту, контакт	усвідомлення, «тут-і-зараз», незавершені гештальти
<i>Позитивна психотерапія</i>	актуальний, внутрішній і базовий конфлікти	базові здатності, актуальні здібності, п'ятиступеневий процес

Предмет психотерапії не є уніфікованим і диференціюється залежно від теоретичної школи:

- у класичному психоаналізі (З. Фройд) предметом є не-свідоме, внутрішні конфлікти та захисні механізми;
- у когнітивному напрямі – свідомість, мислення та деструктивні когнітивні патерни;
- гештальт-терапія фокусується на відчуттях, емоціях та усвідомленні поточного моменту;
- позитивна психотерапія зосереджується на різномірних конфліктах особистості.

Ці школи не стільки суперечать одна одній, скільки доповнюють, створюючи сприятливі можливості для розвитку психотерапії. Працюючи з одним і тим же об'єктом – людиною, вони обирають різні предмети для свого впливу, що дозволяє фахівцям сфокусуватись на різних «зрізах» людської психіки.

1.2. Класифікація методів психотерапії

Класифікація методів психотерапії є ключовим інструментом для систематизації сучасного розмаїття підходів до психологічної допомоги та вибору оптимальної стратегії роботи з особистістю. Вона ґрунтується на фундаментальних парадигмах, серед яких провідне місце посідають психодинамічний, когнітивно-поведінковий та екзистенційно-феноменологічний напрями (табл. 1.2).

Крім теоретичного підґрунтя, диференціація методів враховує формати взаємодії – від індивідуальної до сімейної терапії – та часові межі втручання. Таке структурування дозволяє фахівцям не лише орієнтуватися в інструментарії, а й інтегрувати сучасні тенденції вивчення нелінійної динаміки терапевтичного процесу.

Таблиця 1.2

Класифікація методів психотерапії

Напря́м	Основна ідея	Ключові принципи та техніки	Тривалість
<i>Психодинамічний</i>	Проблеми є результатом несвідомих конфліктів і минулого досвіду	Вільні асоціації, аналіз сновидінь, аналіз перенесення і контрперенесення тощо	Довгострокова (від 1 року)
<i>Когнітивно-поведінковий</i>	Проблеми – наслідок дисфункціональних думок і поведінки	Фокус на «тут і тепер», аналіз думок, поведінкові експерименти	Короткострокова (5-20 сеансів)
<i>Екзистенційно-феноменологічний</i>	Проблеми – наслідок блокування самореалізації та уникнення питань буття	Діалог, емпатія, усвідомлення, пошук сенсу	Довгострокова

Психодинамічна (психоаналітична) орієнтація, що походить від Зигмунда Фройда, базується на ідеї несвідомих конфліктів та витіснених переживань минулого, особливо дитинства. Робота

спрямована на усвідомлення цих конфліктів через такі методи, як вільні асоціації та аналіз сновидінь. Це зазвичай тривалий, часто багаторічний процес, оскільки його мета – не лише усунення симптомів, а й зміна глибинної структури психіки. Психодинамічними напрямками вважаються психоаналіз, аналітична психологія К. Юнга, транзактний аналіз, позитивна психотерапія та ін.

Когнітивно-поведінкова орієнтація (КПТ) фокусується на взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Психологічні труднощі розглядаються як наслідок дисфункціональних патернів мислення. Цей підхід є структурованим, орієнтованим на «тут і тепер» та активну участь клієнта, який отримує домашні завдання. Завдяки чіткій сфокусованості, КПТ є переважно короткостроковою (від 5 до 20 сеансів) і широко застосовується для лікування тривожних та депресивних розладів.

Екзистенційно-феноменологічна орієнтація зосереджена на потенціалі особистості до самоактуалізації, свободі, відповідальності та пошуку сенсу життя. Успіх терапії в цих напрямках вимірюється не стільки зникненням симптомів, скільки зростанням усвідомленості та якісними змінами у житті. До цього напрямку належить гештальт-терапія, що працює з емоціями, відчуттями та «незакритими гештальтами», логотерапія, екзистенційний аналіз, клієнт-центрована психотерапія.

Крім теоретичних засад, методи класифікують за форматом (індивідуальна, групова, сімейна) та тривалістю (короткострокова, довгострокова). Індивідуальна терапія забезпечує глибоку роботу з особистими проблемами, тоді як групова дає змогу отримати зворотний зв'язок від інших та протестувати нові моделі поведінки. Сімейна терапія розглядає проблему одного члена як симптом дисфункції всієї системи, зосереджуючись на зміні патернів взаємодії. Тривалість терапії безпосередньо залежить від її мети: короткострокова орієнтована на вирішення конкретних, актуальних проблем, тоді як довгострокова спрямована на глибокі структурні зміни особистості та підвищення загальної якості життя.

Психотерапевтична робота передбачає не лише змістовий аналіз конфліктів і ресурсів клієнта, а й поглиблене вивчення процесу змін. Так психотерапевти зосереджуються на таких яви-

щах, як раптові покращення або погіршення, а також на тимчасових кризах у терапевтичних відносинах. Цей підхід підкреслює нелінійну динаміку і складні перехідні сценарії, які є невіддільною частиною терапевтичного процесу.

1.3. Етапи психотерапевтичного процесу

Успішний психотерапевтичний процес є структурованим явищем, яке ґрунтується на послідовності універсальних етапів (табл. 1.3). Їхня послідовність забезпечує плавне та органічне проходження клієнтом шляху від усвідомлення проблеми до її вирішення та інтеграції нового досвіду. Глибина трансформації значною мірою залежить від міцності терапевтичного альянсу, а також від майстерності терапевта у роботі з такими динамічними феноменами, як перенесення та контрперенесення. Отже, кожен етап виконує свою унікальну функцію, а їхнє успішне проходження є запорукою досягнення автономії та цілісності особистості.

Упродовж останніх років як у психотерапевтичній, так і в науковій спільноті ведуться активні дискусії щодо ефективності сучасних психотерапевтичних підходів. Дослідження Д. Тзур-Бітан було присвячене вивченню поглядів психотерапевтів на механізми, що спричиняють зміни в психотерапії. У ньому взяли участь 107 ліцензованих психотерапевтів, більшість з яких працювали в психодинамічному та інтегративному підходах. Їх попросили описати, що, на їхню думку, є найефективнішим у терапії. Проведений тематичний аналіз показав, що найважливішим чинником змін психотерапевти вважають терапевтичні стосунки. За ними йдуть теоретичні механізми, особистісні риси та професіоналізм терапевта, а також мотивація клієнта. Цікавим висновком стало те, що чоловіки-терапевти частіше, ніж жінки, наголошували на професіоналізмі як механізмі змін.

Дедалі більшу увагу в дослідженнях психотерапії приділяють так званім «моментом зустрічі» – спільним миттєвостям між клієнтом і психотерапевтом, що сприяють взаємному, неявному розумінню їхніх стосунків. Ці моменти створюють новий стан інтер-

суб'єктивності та трансформують несвідоме знання клієнта про взаємодію з іншими. Вивчення таких епізодів дає глибоке розуміння того, як і чому відбуваються терапевтичні зміни, що призвело до появи багатьох теоретичних концепцій. Спочатку значущі події в терапії розглядалися переважно як процеси, що належать клієнту, тоді як психотерапевт грав лише реактивну, а не співконструктивну роль. Однак із розвитком інтересу до реляційних та інтерсуб'єктивних аспектів терапевтичного процесу, як до його вирішальної складової, виникла концепція «моментів зустрічі».

Таблиця 1.3

Етапи психотерапії та їх ключові завдання

Етап	Основні завдання та діяльність
<i>Перший</i>	Встановлення контакту, збір первинних даних, з'ясування потреб та очікувань клієнта, формулювання запиту.
<i>Другий</i>	Встановлення довірливих відносин та взаємної відповідальності. Обговорення майбутніх змін і їхнього потенційного впливу на життя клієнта.
<i>Третій</i>	Визначення конкретних цілей терапії, обґрунтування стратегії, глибоке дослідження проблеми клієнта та усвідомлення ним прихованих емоцій.
<i>Четвертий</i>	Активна робота над цілями з використанням відповідних методів, з урахуванням індивідуальних особливостей клієнта та його оточення.
<i>П'ятий</i>	Засвоєння нових поведінкових зразків та втілення внутрішніх змін у реальну поведінку. Клієнт набуває здатності діяти спонтанно і адаптивно.
<i>Шостий</i>	Завершення психотерапії. Оцінка досягнутих результатів, припинення роботи після досягнення клієнтом незалежності та здатності самостійно вирішувати проблеми.

Цей термін був запропонований для опису того, як у психотерапії формується спільне, неявне знання про стосунки. Ці моменти є інтерсуб'єктивними за своєю природою, тобто вони спільно створюються клієнтом і психотерапевтом, кожен з яких вносить унікальні аспекти своєї особистості та попереднього досвіду сто-

сунків. Такий момент є результатом інтерактивного процесу, відомого як «рух уперед». Цей процес є природним перебігом терапії, що веде до досягнення її цілей, які можуть бути як явними, так і прихованими. Він формується послідовністю дрібних, часто неусвідомлюваних, рухів у стосунках. Коли ці рухи стають усвідомленими, вони перетворюються на «поточні моменти», які можуть містити короткі, але значущі епізоди, що відображають суб'єктивний стиль людини. Ці короткі миті свідомості, що складаються зі слів, жестів і мовчання, можуть бути ключовими переломними точками, які змінюють напрямок психотерапевтичного процесу.

Концепція «моментів зустрічі» підкреслює, що досвід спілкування з іншими є фундаментальним аспектом психотерапії, без якого зміни неможливі. З цієї точки зору, терапевтична зміна, принаймні частково, є реляційним та інтерактивним процесом, що залучає як клієнта, так і психотерапевта. Момент зустрічі вважається надзвичайно значущою миттю, коли клієнт і психотерапевт емоційно синхронізуються і формують рапорт. Це потенційно змінює їхні стосунки та створює можливість для трансформації того, як клієнти зазвичай будують свої стосунки з іншими, що, своєю чергою, призводить до змін у їхньому неявному реляційному знанні.

1.4. Вимоги до особистості психотерапевта. Модель ефективного психотерапевта за В. Карікашем

Ефективна психотерапія є результатом гармонійного поєднання професійних знань, умінь і навичок та особистісних якостей фахівця. Крім глибоких теоретичних знань та практичних навичок, успішний психотерапевт володіє певними характеристиками, які є основою його роботи (табл. 1.4). Ці якості безпосередньо впливають на динаміку психотерапевтичного процесу та його результативність. Особистісна зрілість, автентичність та самосвідомість є ключовими елементами, що визначають ефективність роботи.

Таблиця 1.4

Особистісні якості ефективного психотерапевта

Якість	Опис	Приклад
<i>Автентичність</i>	Щирість, відкритість, здатність бути справжньою людиною, визнаючи власні емоції та обмеження.	Замість того, щоб стверджувати «Я точно знаю, що вам потрібно», психотерапевт може сказати: «Я відчуваю, що ця ситуація викликає у вас сильний біль. Я не маю всіх відповідей, але ми можемо дослідити це разом».
<i>Глибоке самопізнання</i>	Розуміння власних мотивацій, сильних і слабких сторін для кращого розуміння клієнтів.	Психотерапевт, який усвідомлює власну схильність до перфекціонізму, може ідентифікувати цю рису в клієнті та уникнути проектування на нього своїх очікувань.
<i>Сила особистості</i>	Чітка ідентичність, незалежність і впевненість, що дозволяє діяти згідно з власними переконаннями.	Якщо клієнт намагається маніпулювати, психотерапевт, який має чітку ідентичність, зможе встановити здорові межі без відчуття провини.
<i>Толерантність до невизначеності</i>	Готовність до непередбачуваних ситуацій, довіра до інтуїції та здатність приймати рішення в умовах неповної інформації.	Коли клієнт приносить абсолютно нову, складну проблему, психотерапевт не панікує, а каже: «Це складний вузол, але ми крок за кроком розплутаємо його».
<i>Прийняття особистої відповідальності</i>	Усвідомлення наслідків власних дій, свідомий вибір у процесі консультування та конструктивне сприйняття критики.	Якщо клієнт говорить: «Мені не сподобався ваш коментар», психотерапевт сприймає це як зворотний зв'язок, а не як напад, і може запитати: «Дякую за вашу відвертість. Можете пояснити, що саме вас зачепило?»

<i>Глибина стосунків</i>	Здатність сприймати інших без осуду, вільно виражати почуття для встановлення довірчих відносин.	Психотерапевт створює атмосферу, де клієнт може розповісти про свої найбільш соромні вчинки, не боячись осуду, знаючи, що його почуття та досвід будуть прийняті.
<i>Постановка реалістичних цілей</i>	Усвідомлення власних обмежень, розуміння, що неможливо допомогти всім, що запобігає вигоранню.	Замість того, щоб обіцяти клієнту вирішення всіх його проблем за декілька сесій, психотерапевт формулює конкретні, досяжні цілі, наприклад: «Давайте зосередимося на тому, щоб навчитися краще керувати тривогою в повсякденних ситуаціях».

Автентичність – це перша і найважливіша риса, що відрізняє справжнього професіонала. Вона полягає у щирості та відкритості у відносинах із клієнтом. Автентичний психотерапевт не грає роль бездоганного експерта, який знає все. Натомість, він дозволяє собі бути справжньою людиною, визнаючи власні емоції, реакції та обмеження. Така відкритість не тільки сприяє встановленню глибокого контакту, але й демонструє клієнту, що вразливість – це частина людської природи. На протипагу цьому, відсторонене консультування, де фахівець діє лише як «технічний експерт», є проявом редукціонізму, який відкидає один із найвагоміших факторів ефективності психотерапії – психотерапевтичні стосунки. Це знижує ефективність психотерапії та позбавляє її емоційного й людського виміру.

Глибоке самопізнання та відкритість власному досвіду є нерозривно пов'язаними елементами. Чим глибше психотерапевт розуміє себе – свої мотивації, сильні та слабкі сторони, тим краще він може зрозуміти своїх клієнтів. Цей процес є безперервним і передбачає здатність усвідомлювати та приймати всі свої почуття, включаючи негативні. Витіснення емоцій може призвести до неконтрольованих реакцій, тому толерантність до різноманітності власних та чужих емоційних проявів є критично важливою.

Самосвідомість дає психотерапевту більшу свободу вибору та можливість реалістично оцінювати себе й ситуацію, сприяючи власному емоційному зростанню та зростанню клієнта.

Сила особистості та чітка ідентичність допомагають психотерапевту бути незалежним і впевненим. Він усвідомлює, хто він, чого хоче від життя і що для нього справді важливо. Така внутрішня позиція дозволяє йому не бути простим відображенням очікувань інших, а діяти відповідно до власних переконань, що робить його стійким у міжособистісних стосунках і запобігає професійному вигоранню.

Толерантність до невизначеності є критично важливою, адже робота психотерапевта часто пов'язана з непередбачуваними ситуаціями. Ефективний фахівець готовий до нових викликів, довіряє своїй інтуїції та здатності ухвалювати рішення в умовах відсутності повної інформації. Ця якість дозволяє долати напругу, адаптуватися до мінливих обставин і діяти ефективно, не дозволяючи тривозі паралізувати процес.

Прийняття особистої відповідальності означає усвідомлення наслідків власних дій у процесі консультування. Це дозволяє психотерапевту свідомо робити вибір, наприклад, погоджуватися з клієнтом чи вступати в продуктивну конфронтацію, коли це необхідно. Прийняття відповідальності також допомагає конструктивно сприймати критику як зворотний зв'язок, що сприяє безперервному особистісному та професійному зростанню. Це свідчить про зрілість та готовність до вдосконалення. Психотерапевт бере на себе відповідальність за спрямованість на результат, власну професійність і безперервний професійний розвиток і дотримання Етичного кодексу.

Глибина стосунків з іншими людьми ґрунтується на здатності сприймати їх без осуду та упереджень. Психотерапевт повинен бути готовим вільно виражати свої почуття, що сприяє встановленню глибоких і довірчих стосунків із клієнтами. Нарешті, постановка реалістичних цілей – це усвідомлення власних обмежень і розуміння, що неможливо допомогти абсолютно всім. Таке усвідомлення допомагає уникнути непотрібної напруги та почуття провини, дозволяючи будувати більш глибокі та реалістичні стосунки з клієнтами.

На основі аналізу практичного досвіду та теоретичних доробок у сфері психотерапії, В. Карікаш розробив багатокомпонентну модель, яка визначає ключові складові ефективності фахівця. Ця модель підкреслює, що професійний успіх психотерапевта залежить не лише від одного фактора, а від взаємодії та гармонійного розвитку п'яти основних елементів:

- теорія: фундаментальні знання є основою для розуміння людської психіки, механізмів психопатології та принципів терапевтичної взаємодії. Глибоке володіння різними психотерапевтичними підходами дозволяє фахівцю обрати найбільш доцільний метод для конкретного клієнта та ситуації;

- практика: теоретичні знання мають бути підкріплені постійною практичною діяльністю. Регулярна робота з клієнтами, супервізія та інтервізія допомагають удосконалювати навички, розвивати емпатію та набувати досвіду;

- техніки: Окрім загальних принципів, важливим є володіння різноманітними конкретними техніками та інструментами, які психотерапевт може застосовувати в роботі. Це можуть бути як техніки того методу, в якому здобув освіту психотерапевт, так і техніки інших методів;

- професійна спільнота: інтеграція в професійну спільноту є критично важливою для зростання. Участь у конференціях, семінарах, а також регулярна взаємодія з колегами сприяє обміну досвідом, підвищенню кваліфікації та запобіганню професійному вигоранню;

- творчість: ефективна психотерапія вимагає не лише дотримання протоколів, а й здатності до творчого підходу. Це вміння адаптувати методики, імпровізувати та знаходити унікальні рішення, що відповідають індивідуальним потребам клієнта.

Систематичне вдосконалення кожного з цих компонентів забезпечує комплексний розвиток фахівця. Постійне навчання (теорія), активна робота (практика), розширення арсеналу інструментів (техніки), взаємодія з колегами (професійна спільнота) та гнучкість мислення (творчість) – все це в сукупності сприяє не тільки особистісному зростанню психотерапевта, але й значно підвищує результативність його роботи, що є кінцевою метою терапевтичного процесу.

1.5. Етичні основи і принципи психотерапії

Сучасний стан вітчизняної психологічної науки та практики характеризується інтенсивною трансформацією нормативно-правового поля, що зумовлено необхідністю адаптації національних стандартів до європейських вимог та специфічними викликами, які постали перед суспільством під час війни. Центральним елементом цієї трансформації виступає Закон України Про систему охорони психічного здоров'я в Україні № 4223-IX, ухвалений 15 січня 2025 року, який запроваджує уніфіковану концептуальну рамку для функціонування всієї галузі психічного здоров'я. Він визначає правові та організаційні засади надання допомоги, й закріплює онтологічний статус психічного здоров'я як невід'ємної складової загального здоров'я особистості, що характеризується станом благополуччя, здатністю до реалізації власного потенціалу та продуктивної життєдіяльності. Процес імплементації законодавчих норм вимагає глибокого розуміння структури надання допомоги (таб. 1.5).

Первинний рівень медичної допомоги передбачає скринінг та базові психологічні втручання, тоді як вторинний та третинний рівні фокусуються на спеціалізованій психотерапевтичній допомозі та реабілітації. Така системність забезпечує доступність послуг та наступність у лікуванні, що є критично важливим для пацієнтів із хронічними станами або складними травматичними переживаннями.

Розвиток нормативно-правової бази під час війни вимагає особливої уваги до вразливих категорій населення, зокрема ветеранів та членів їхніх родин. Важливим є необхідність надання безоплатної психотерапевтичної допомоги при депресивних та адаптаційних розладах, що виникли внаслідок бойових дій або перебування в полоні. Це свідчить про перехід держави до проактивної соціальної політики, де психічне здоров'я розглядається як стратегічний ресурс нації. Поряд із цим, запровадження електронного документообігу в системі ЄСОЗ дозволяє здійснювати моніторинг ефективності втручань та забезпечувати високий рівень координації між фахівцями різних ланок.

Таблиця 1.5

Характеристика основних форм психологічної та психосоціальної підтримки

Вид допомоги у сфері психічного здоров'я	Цільове спрямування та детермінація	Ключові суб'єкти надання
<i>Психосоціальна допомога</i>	Збереження психічного здоров'я, запобігання загостренню проблем, соціальна підтримка	Мультидисциплінарні команди, соціальні працівники, психологи
<i>Психологічна допомога</i>	Психологічне консультування, діагностика стану, перша психологічна допомога	Психологи, сімейні лікарі з підготовкою mhGAP
<i>Психотерапія</i>	Лікування розладів (депресивних, тривожних, ПТСР та ін.) доказовими методами	Психотерапевти, клінічні психологи, лікарі-психотерапевти
<i>Психологічна реабілітація</i>	Відновлення функціонування у фізичній, емоційній та соціальній сферах	Мультидисциплінарні реабілітаційні команди

Модернізація нормативно-правової бази торкнулася і методів психотерапії. Так Міністерства охорони здоров'я України наказом № 68 від 12 січня 2024 року визначило перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю. До них належать когнітивно-поведінкова терапія, діалектично-поведінкова терапія та схема-терапія, що є фундаментальними підходами для лікування розладів настрою, тривожних станів та порушень особистості. Глибоке опрацювання міжособистісної сфери та емоційної регуляції забезпечують емоційно фокусована терапія, інтерперсональна терапія, клієнт-центрована терапія, а також психодинамічний підхід, терапія базована на менталізації, системна сімейна психотерапія та транзакційний аналіз. Для подолання наслідків травматичного досвіду клінічні протоколи рекомендують десенсibilізацію та репроцесуалізацію рухом очей (EMDR), протокол реконсолідації травматичної пам'яті, а також методики, що залучають творчий та тілесний ресурс: арт-терапію, танце-рухову те-

рапію та психодраматичну терапію. Пошуку внутрішніх опор та життєвих смислів сприяють позитивна психотерапія, логотерапія та екзистенційний аналіз, гештальт-терапія та символдрама, які допомагають адаптуватися до складних життєвих обставин. Сучасні стратегії формування усвідомленості та поведінкових змін ефективно реалізуються через майндфулнес-базований підхід, терапію прийняття та зобов'язання (АСТ), мотиваційну та наративну терапію. Нейро-лінгвістична психотерапія доповнює цей комплексний інструментарій, пропонуючи специфічні техніки для корекції психосоматичних розладів та покращення якості життя пацієнтів.

Введення в дію професійного стандарту Психотерапевт у травні 2025 року також є важливим у процесі професіоналізації галузі. Цей документ встановлює чіткі кваліфікаційні вимоги, що відповідають 7-му рівню Національної рамки кваліфікацій, та визначає трудові функції фахівця в сучасних умовах. Психотерапевт у системі охорони здоров'я повинен мати не лише базову вищу освіту в галузі психології, а й спеціалізовану підготовку в межах конкретного методу психотерапії, що має доведену ефективність. Така детермінація вимог спрямована на захист споживачів послуг від некомпетентного втручання та забезпечення науковості психотерапевтичного процесу.

Освітня траєкторія фахівця згідно з новими нормами передбачає наявність диплому магістра за спеціальністю 053 Психологія (С4 Психологія), а також завершене навчання у визнаному міжнародною спільнотою підході психотерапії, що включає теоретичний і практичний блоки, власну терапію та супервізію клінічних випадків. Професійний стандарт також вводить обов'язковість спеціалізації з клінічної психології для осіб, які планують працювати в закладах охорони здоров'я, що підкреслює міждисциплінарний характер професії. Важливим нововведенням є поступова відмова від перехресного вступу до магістратури, що вимагає наявності базової бакалаврської освіти саме з психології для майбутніх практиків.

Система безперервного професійного розвитку стає невід'ємною частиною життєвого циклу професіонала. Психотерапевт зо-

бов'язаний постійно вдосконалювати свої компетентності, беручи участь у наукових конференціях, воркшопах та проходячи регулярну супервізію. Передбачено створення Державного реєстру фахівців у сфері психічного здоров'я, де фіксуватимуться дані про сертифікацію та проходження БПР. Це створює механізм прозорості звітності та дозволяє клієнтам бути впевненими у актуальності знань свого терапевта. У разі порушення стандартів або етичного кодексу, сертифікат фахівця може бути відкликаний саморегулювальною організацією, що є потужним інструментом контролю якості.

Етичні основи психотерапії становлять фундамент професійної ідентичності та є гарантом безпеки для отримувачів послуг. Етичний кодекс Національної психологічної асоціації України базується на чотирьох фундаментальних принципах: повага до прав і гідності людини, компетентність, відповідальність та доброчесність. Кожен із цих принципів знаходить своє відображення у повсякденній практиці, визначаючи межі дозволеного та пріоритети взаємодії. Повага до гідності передбачає визнання безумовної цінності кожної особи, незалежно від її етнічного походження, релігійних переконань чи соціального статусу.

Етичний кодекс Української спілки психотерапевтів (УСП) виступає фундаментальним регуляторним документом, що визначає морально-ціннісні орієнтири професійної діяльності фахівців. Він базується на принципах гуманізму, відповідальності та професійної компетентності, узгоджуючись із міжнародними стандартами Європейської асоціації психотерапії. Основними положеннями кодексу є дотримання суворої конфіденційності, повага до автономії клієнта та заборона будь-яких форм дискримінації чи експлуатації.

У документі особлива увага приділяється межах професійної взаємодії та необхідності постійного підвищення кваліфікації через супервізію та інтервізію. Впровадження цих норм забезпечує не лише захист прав споживачів психологічних послуг, а й сприяє зміцненню авторитету психотерапевтичної спільноти в Україні. В умовах сучасних соціальних викликів етична дисципліна стає гарантом безпечного терапевтичного простору, де інтереси клієнта залишаються найвищим пріоритетом. Дотримання кодексу

є невід’ємною частиною професійної ідентичності члена УСП, що засвідчує його фахову зрілість та дотримання високих стандартів надання допомоги.

Принцип автономії клієнта є центральним у сучасній психотерапевтичній етиці. Психотерапевт має поважати право особи на самовизначення та вибір власного шляху одужання. Це означає, що клієнт має право відмовитися від допомоги на будь-якому етапі, а фахівець зобов’язаний надати повну інформацію про методи, ризики та очікувані результати роботи для отримання інформованої згоди. В умовах війни цей принцип набуває особливого значення, коли вразливість клієнта може бути використана для маніпуляцій, тому психотерапевт має бути вкрай обережним у своїх заявах та діях.

Одним із найскладніших питань є дотримання конфіденційності. Кодекс чітко вказує, що вся інформація, отримана під час роботи, є конфіденційною і не може бути розголошена без письмової згоди клієнта, за винятком випадків, передбачених законом, наприклад, при загрозі вчинення тяжкого злочину або за рішенням суду. Психотерапевт має інформувати клієнта про межі конфіденційності ще на етапі укладання контракту, щоб забезпечити прозорість відносин. В умовах цифрової терапії це також передбачає використання захищених каналів зв’язку та шифрування даних для запобігання витоку інформації.

Професійна діяльність психотерапевта неминує супроводжується виникненням етичних дилем – ситуацій, де стикаються різні етичні принципи або вимоги закону та професійного кодексу. Вирішення таких ситуацій вимагає від фахівця високого рівня етичної зрілості та готовності до консультацій із колегами. Створення Етичної комісії НПА у лютому 2022 року стало важливим кроком у розбудові системи професійної підтримки, надаючи фахівцям майданчик для розбору складних випадків на громадських засадах. Комісія діє як експертно-консультативний орган, що допомагає розв’язувати конфлікти між терапевтом та клієнтом, а також між колегами.

Етична комісія також функціонує в межах УСП. Вона відповідає за розгляд скарг та апеляцій щодо виконання членами УСП

положень Етичного кодексу УСП а також проводить роботу по розвитку і уточненню положень Етичного кодексу УСП. При потребі до роботи ЕК можуть залучатися етичні комісії філій УСП, а також відбувається співпраця з етичними комісіями інших інституцій та організацій.

Розгляд скарг та апеляцій здійснюється за чітко визначеною процедурою, що базується на принципах об'єктивності та неупередженості. Психотерапевт, щодо якого подано скаргу, має право на захист, а його провина повинна бути доведена в межах етичного розгляду. Найпоширенішими причинами звернень до комісії є порушення меж професійних стосунків, неналежна реклама послуг або некомпетентність у наданні допомоги. У разі підтвердження порушення, комісія може виносити попередження, рекомендувати проходження додаткової супервізії або ініціювати виключення фахівця з професійної асоціації.

Функціонування системи охорони психічного здоров'я під час війни вимагає адаптації стандартних процедур до екстремальних умов. Наказ МОЗ № 88 розширює перелік послуг, що надаються безоплатно особам із посттравматичними стресовими розладами та іншими станами, викликаними воєнними діями. Психотерапевт у цей період має володіти навичками роботи з гострою травмою, втратою та горем, а також вміти працювати в межах мультидисциплінарних команд, що надають допомогу в госпіталах та центрах реабілітації. Важливим аспектом є психоедукація членів родин ветеранів, що дозволяє створити підтримуюче середовище для відновлення.

Етична відповідальність психотерапевта під час війни також включає боротьбу зі стигматизацією осіб із психічними розладами. Фахівець має використовувати недискримінаційну лексику та сприяти інклюзії постраждалих у суспільне життя. Поряд із цим, законодавець передбачає можливість розробки програм психосоціальної підтримки на робочих місцях, де психотерапевти можуть виступати консультантами для роботодавців, допомагаючи створювати ментально безпечне середовище для працівників. Це демонструє перехід від індивідуальної моделі терапії до системного підходу, де охорона психічного здоров'я інтегрована у всі сфери соціального буття.

Операційний алгоритм роботи в умовах війни передбачає швидке реагування на кризові ситуації. Психотерапевт має бути готовим до надання першої психологічної допомоги та коротко-строкових інтервенцій низької інтенсивності, що дозволяє охопити велику кількість людей у короткі терміни. Водночас, професійний стандарт вимагає збереження високої якості документації та звітності в ЕСОЗ, що забезпечує прозорість фінансування послуг через програму медичних гарантій. Таке поєднання гнучкості та суворої регламентації є ключем до ефективного функціонування системи психічного здоров'я в умовах тривалого воєнного стану.

Питання для самоперевірки

1. Яким чином концептуалізуються мета та рольова позиція фахівця у межах релігійної, психологічної та психіатричної моделей психотерапії?
2. У чому полягає принципова епістемологічна відмінність між об'єктом та предметом психотерапії з огляду на множинність теоретичних парадигм?
3. Який вплив мала Страсбурзька декларація на інституціоналізацію психотерапії як самостійної наукової і гуманітарної професії?
4. Як трансформується предмет психотерапевтичного впливу при переході від класичного психоаналізу З. Фрейда до когнітивно-поведінкової та гештальт-терапії?
5. За якими ключовими критеріями (включаючи формат та часові межі) здійснюється сучасна диференціація методів психотерапії?
6. Які фундаментальні завдання вирішуються на кожному з шести етапів структурованого психотерапевтичного процесу?
7. У чому полягає феноменологічна сутність концепції «моментів зустрічі» та як вона впливає на реляційне знання клієнта?
8. Чому автентичність та глибоке самопізнання психотерапевта визначаються як критично важливі фактори подолання редукціонізму у терапевтичних стосунках?
9. Як толерантність до невизначеності корелює з ефективністю ухвалення клінічних рішень у складних терапевтичних ситуаціях?
10. Які п'ять базових компонентів утворюють багатовимірну модель ефективного психотерапевта за В. Карікашем?
11. Яким чином Закон України № 4223-IX від 15 січня 2025 року трансформує онтологічний статус психічного здоров'я в державі?

12. Які доказові методи психотерапії регламентовані наказом МОЗ України № 68 для роботи з травматичним досвідом та порушеннями особистості?

13. Які освітні та кваліфікаційні вимоги імплементує професійний стандарт «Психотерапевт» (травень 2025 р.) для фахівців галузі охорони здоров'я?

14. Як принцип автономії клієнта та суворості конфіденційності реалізуються у межах Етичного кодексу Української спілки психотерапевтів (УСП)?

15. Якої специфіки набуває етична відповідальність та операційний алгоритм роботи психотерапевта в екстремальних умовах воєнного стану?

Тести для самоконтролю

1. Яка з моделей психотерапії оперує категоріями «норми» та «патології» і має чітко виражений медичний характер?

- а) Психологічна
- б) Психіатрична
- в) Релігійна
- г) Екзистенційно-феноменологічна

2. Згідно зі Страсбурзькою декларацією 1990 року, психотерапія визначається як:

- а) Допоміжний напрям клінічної психіатрії
- б) Виключно медична спеціалізація
- в) Самостійна наукова і гуманітарна професія
- г) Езотерично-філософська практика

3. Що є предметом впливу у класичному психоаналізі (З. Фройд)?

- а) Несвідомі конфлікти, інстинктивні потяги, захисні механізми
- б) Відчуття, емоції та «незавершені гештальти»
- в) Актуальний, внутрішній і базовий конфлікти
- г) Деструктивні думки та когнітивні спотворення

4. Яка орієнтовна тривалість є характерною для когнітивно-поведінкової терапії?

- а) Від 1 року до кількох років
- б) 5–20 сеансів
- в) 1–3 інтенсивні сесії
- г) Позитивний супровід

5. На якому етапі психотерапевтичного процесу відбувається визначення конкретних цілей терапії та обґрунтування стратегії?

- а) На першому етапі
 - б) На другому етапі
 - в) На третьому етапі
 - г) На п'ятому етапі
6. Згідно з дослідженням Д. Тзур-Бітан, що психотерапевти вважають найважливішим чинником змін у процесі роботи?
- а) Терапевтичні стосунки
 - б) Мотивацію клієнта
 - в) Теоретичні механізми
 - г) Особистісні риси терапевта
7. Термін «моменти зустрічі» у психотерапії позначає:
- а) Процес підписання інформованої згоди на першій сесії
 - б) Спільні миттєвості між клієнтом і психотерапевтом, що створюють новий стан інтерсуб'єктивності
 - в) Заплановані супервізійні сесії фахівця
 - г) Виникнення опору у клієнта
8. Яка особистісна якість дозволяє психотерапевту діяти згідно з власними переконаннями та запобігає професійному вигоранню?
- а) Сила особистості та чітка ідентичність
 - б) Толерантність до невизначеності
 - в) Здатність до конфронтації
 - г) Безумовне злиття з клієнтом
9. У чому проявляється автентичність психотерапевта?
- а) У підтриманні іміджу всезнаючого технічного експерта
 - б) У щирості, відкритості та здатності бути справжньою людиною, визнаючи власні емоції
 - в) У повному ігноруванні професійних меж
 - г) У здатності безпомилково ставити діагнози
10. Який компонент моделі ефективного психотерапевта В. Карікаша передбачає участь у конференціях та запобігання вигоранню через обмін досвідом?
- а) Теорія
 - б) Техніки
 - в) Професійна спільнота
 - г) Творчість
11. Коли було ухвалено Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» № 4223-IX?
- а) 21 жовтня 1990 року
 - б) 12 січня 2024 року
 - в) 15 січня 2025 року

г) У травні 2025 року

12. Які фахівці є ключовими суб'єктами надання психологічної допомоги на первинному рівні згідно з новими стандартами?

- а) Психотерапевти та лікарі-психіатри
- б) Психологи та сімейні лікарі з підготовкою mhGAP
- в) Мультидисциплінарні реабілітаційні команди
- г) Соціальні працівники

13. Який метод визначено клінічними протоколами як рекомендований для подолання наслідків травматичного досвіду?

- а) EMDR
- б) Позитивна психотерапія
- в) Логотерапія
- г) Нейро-лінгвістична психотерапія

14. Який освітній ценз встановлює професійний стандарт «Психотерапевт» (2025 р.) для початку кар'єри?

- а) Диплом магістра за спеціальністю 053 Психологія
- б) Диплом бакалавра медицини
- в) Документ про проходження короткострокових курсів з коучінгу

г) Диплом магістра з будь-якої гуманітарної науки завдяки перехресному вступу

15. Яка вимога є обов'язковою для психотерапевтів, що планують працювати в закладах охорони здоров'я?

- а) Здобуття наукового ступеня доктора філософії
- б) Спеціалізація з клінічної психології
- в) Наявність медичної освіти
- г) Завершення навчання за релігійною моделлю

16. Що є одним із чотирьох фундаментальних принципів Етичного кодексу Національної психологічної асоціації України?

- а) Компетентність
- б) Толерантність до невизначеності
- в) Автентичність
- г) Експертність

17. У якому з перелічених випадків психотерапевт має право розгосити конфіденційну інформацію без згоди клієнта?

- а) На прохання найближчих родичів клієнта
- б) При загрозі вчинення тяжкого злочину або за рішенням суду
- в) За запитом роботодавця клієнта
- г) Для публікації цікавого клінічного випадку в соціальних мережах

18. Який орган в межах Української спілки психотерапевтів (УСП) відповідає за розгляд скарг та апеляцій щодо порушень Етичного кодексу?

- а) Міністерство охорони здоров'я
- б) Етична комісія
- в) Державна кваліфікаційна комісія
- г) Європейська Асоціація Психотерапії

19. Яке нововведення передбачає наказ МОЗ № 88 для функціонування системи охорони психічного здоров'я під час війни?

- а) Розширення переліку послуг, що надаються безоплатно особам із ПТСР та наслідками воєнних дій
- б) Скасування обов'язкової супервізії для психотерапевтів
- в) Переведення всіх видів терапії виключно у груповий формат
- г) Заборону використання електронного документообігу

20. Яка з перелічених дій є етичним обов'язком психотерапевта в умовах війни щодо суспільного здоров'я?

- а) Використання дискримінаційної лексики для «загартовування» пацієнтів
- б) Боротьба зі стигматизацією осіб із психічними розладами та сприяння їх інклюзії
- в) Відмова від короткострокових інтервенцій низької інтенсивності
- г) Ігнорування протоколів надання першої психологічної допомоги

Тема 2.

ОСНОВИ ЛОГОТЕРАПІЇ

- 2.1. *Зміст та мета логотерапії.*
- 2.2. *Ключові поняття логотерапії: свобода і відповідальність, здійснення та успіх.*
- 2.3. *Види та характеристика основних груп цінностей за В. Франклом.*
- 2.4. *Основні логотерапевтичні техніки.*

2.1. Зміст та мета логотерапії

Логотерапія, яку традиційно ідентифікують як Третю віденську школу психотерапії, представляє собою унікальний синтез філософської антропології та клінічної практики, де центральною є категорія сенсу. У сучасній науковій дискусії цей напрям розглядається як цілісна антропологічна система, що виходить за межі класичного клінічного підходу та пропонує глибоке розуміння людської природи. Логотерапію як психологічну практику досить важко стандартизувати, що пояснює певну складність її широкого впровадження у тих культурних контекстах, де панує попит на жорсткі протокольні алгоритми. В. Франкл стверджував, що кожна людина є абсолютно унікальною та незамінною одиницею, яка не може бути повністю втиснута в рамки уніфікованої теорії, оскільки її існування характеризується свободою вибору та особистою відповідальністю. Логотерапія стверджує первинність волі до сенсу як фундаментальної мотиваційної сили людського буття.

Фундаментальна концепція логотерапії базується на трьох основних поняттях, якими є свобода волі, прагнення до сенсу та безпосередньо сенс життя (табл. 2.1). Свобода волі передбачає, що людина завжди вільна вибирати свою реакцію на життєві ви-

клики та несе особисту відповідальність за цей вибір перед собою та світом. Коли пошук сенсу наштовхується на перешкоди, виникає стан екзистенційного розчарування, що призводить до глибокого почуття безглуздості та внутрішньої порожнечі. Мета логотерапії спрямована на фасилітацію процесу самотрансценденції, де суб'єкт здатен вийти за межі власного еґо та знайти відповіді на вимоги, які життя ставить перед ним від моменту до моменту. Віктор Франкл наголошував на тому, що нав'язливе прагнення до щастя є як ознакою, так і механізмом невротизації психіки, оскільки людині слід шукати не ефемерного задоволення як самоцілі, а того, що робить її щасливою через реалізацію персонального смислу.

Таблиця 2.1

Кореляційна структура вимірів людського буття та відповідних їм ресурсів духовного здоров'я

Вимір буття та його характеристики	Змістове наповнення та ресурси	Взаємозв'язок зі здоров'ям та патологією
<i>Соматичний або тілесний вимір</i>	Генетична спадковість, фізіологічні процеси, органічне життя клітин, біологічні потреби.	Сфера прояву фізичних хвороб та біологічних дефіцитів; умови вираження психічних процесів.
<i>Психічний або душевний вимір</i>	Емоційні реакції, когнітивні схеми, потяги, інстинкти, соціальна обумовленість, характер.	Сфера виникнення класичних неврозів, афективних розладів та психологічних комплексів.
<i>Духовний (ноотичний) вимір</i>	Свобода волі, відповідальність, совість, воля до сенсу, самотрансценденція, творчість.	Джерело духовного здоров'я; духовне ядро залишається здоровим навіть при соматичних чи психічних хворобах.

Теоретичний аналіз змісту логотерапії вимагає звернення до тривимірної онтології, яка розрізняє соматичний, психічний та духовний (ноотичний) рівні існування. Соматичний вимір

включає біологічні та фізіологічні процеси, тоді як психічний охоплює емоційні реакції, когнітивні схеми та соціальну обумовленість. Духовний вимір описує сферу свободи, відповідальності та совісті, що є притаманною кожній особистості незалежно від її світогляду. Сучасна наукова думка інтегрує ці принципи з моделями предиктивного кодування, де воля до сенсу виступає як найвищий майстер-пріор – керівна когнітивна структура, яка функціонує як вища ієрархічна система прогнозів. Коли цей майстер-пріор є стабільним, людина здатна ефективно мінімізувати екзистенційну вільну енергію або ентропію, що виникає внаслідок травматичних подій, зокрема в умовах війни.

Мета логотерапії також полягає у вихованні відповідальної свободи та здатності людини до духовного спротиву. Людина не є вільною від умов, як біологічних, так і соціальних, проте вона вільна вибирати своє ставлення до них. Як демонструють дослідження, здатність знайти сенс у стражданні безпосередньо корелює зі зниженням рівня депресії та покращенням якості життя. Логотерапія допомагає клієнту перейти від позиції жертви обставин до позиції активного суб'єкта, який відповідає за свій життєвий вибір навіть у найбільш обмежених умовах. Цей підхід забезпечує відновлення внутрішньої рівноваги через корисну духовну напругу, яку В. Франкл називав ноодинамікою – напругою між тим, ким людина є зараз, і тим, ким вона має стати. Таким чином, логотерапія постає як методологія олюднення психотерапевтичного процесу, де клієнт розглядається як відповідальний суб'єкт, покликаний реалізувати унікальні можливості свого існування.

2.2. Ключові поняття логотерапії: свобода і відповідальність, здійснення та успіх

Свобода волі в логотерапевтичному контексті не трактується як абсолютна відсутність детермінації або як тотальна всемогутність суб'єкта. Навпаки, людина визнається істотою, яка постійно перебуває під впливом різноманітних умов: генетичної спадковості, фізіологічних процесів, соціального середовища та

психологічних комплексів. Проте справжня людська свобода починається там, де індивід виявляє здатність зайняти певну позицію стосовно цих умов. Це свобода не від обставин, а свобода для вибору власного ставлення до них, що є центральним положенням антропології Франкла. Духовний вимір постає як простір, у якому людина долає обмеження своєї психосоматичної природи, реалізуючи автономію духовного суб'єкта. Свобода людини виявляється в можливості формування власного життєвого шляху в межах заданих можливостей. Навіть у стані важкої соматичної хвороби або психічного розладу пацієнт зберігає здатність до автономного вибору своєї позиції, що стає ключовим ресурсом для відновлення контролю над існуванням. Під час війни ця здатність набуває екстремальної ваги, оскільки зовнішній простір дій може бути критично обмеженим, але внутрішній простір вибору ставлення до ситуації залишається недоторканим, що дозволяє людині зберегти гідність навіть у найскладніших обставинах. Таким чином, свобода є онтологічною характеристикою, яка дозволяє суб'єкту виходити за межі самого себе.

Свобода в логотерапії нерозривно пов'язана з відповідальністю, оскільки без останньої вона загрожує перетворитися на деструктивне свавілля та/ або інфантильність. Бути людиною означає бути відповідальним за здійснення унікальних сенсів, які містяться в кожній конкретній ситуації. Франкл пропонує радикальну інверсію традиційного погляду на сенс життя: не індивід має запитувати, у чому полягає сенс його існування, а саме життя щомиті звертається до нього із запитом, на який людина відповідає своїми вчинками та рішеннями. Відповідальність постає як здатність людини бути респондентом у діалозі з реальністю. Цей процес реалізується через совість, яку Франкл визначає як орган сенсу, що дозволяє відчутти унікальну вимогу конкретного моменту. Відповідальність завжди має адресний характер: людина відповідальна перед своєю совістю, перед іншими людьми, перед справою або перед вищою реальністю. Усвідомлення власної незамінності для певної місії чи іншої особи стає потужним мотиваційним чинником, особливо в умовах війни. Коли індивід розуміє, що його чекає незавершена праця чи близька людина, його

здатність витримувати страждання зростає експоненціально, що підтверджує тезу про пріоритет сенсу над комфортом.

Одним із найбільш значущих концептуальних досягнень логотерапії є розрізнення категорій успіху та здійснення сенсу. Ці поняття функціонують у різних ціннісних площинах, що Франкл ілюструє за допомогою двоосьової моделі людського буття. Горизонтальна вісь успіху та невдачі відображає соціальні, матеріальні та біологічні аспекти життя, де людина прагне досягти певних показників, визнаних суспільством. Вертикальна вісь здійснення сенсу та розпачу відображає внутрішній, екзистенційний стан суб'єкта, пов'язаний із реалізацією духовних цінностей. Логотерапевтичний аналіз показує, що ці осі є незалежними: індивід може бути надзвичайно успішним за зовнішніми мірилами, але перебувати в глибокому екзистенційному вакуумі та розпачі. Навпаки, людина може зазнати повної соціальної чи матеріальної невдачі, але досягти найвищого ступеня здійснення сенсу через свою позицію стосовно страждань, що часто спостерігається під час війни. Справжнє здійснення сенсу вимагає самотрансценденції – виходу за межі власних інтересів заради іншої людини чи справи. Насолода, щастя та успіх розглядаються не як цілі, а як побічні ефекти реалізації значущого сенсу. Спроба досягти успіху або щастя безпосередньо призводить до їх вислизання, оскільки руйнується природна інтенційність людського буття.

Логотерапія відкидає ідею про те, що ідеальним станом людини є гомеостаз – відсутність напруги та внутрішній спокій. Навпаки, психічне здоров'я потребує певної дози ноодинаміки – напруги між тим, ким людина є зараз, і тим, ким вона має стати, реалізуючи свій потенційний сенс. Ця напруга є продуктивною та життєствердною, оскільки вона надає існуванню вектору та мети. Відсутність такої напруги призводить до стану екзистенційного вакууму, який виявляється через нудьгу, апатію та втрату життєвого драйву. Екзистенційний вакуум часто стає підґрунтям для виникнення ноогенних неврозів, причиною яких є не психологічні конфлікти минулого, а духовний дефіцит та відсутність цілей у майбутньому. В умовах війни проблема екзистенційної порожнечі стає особливо гострою, оскільки руйнуються звичні життєві структури. Проте

саме логотерапевтичний підхід дозволяє перетворити цю кризу на можливість для духовного зростання через відкриття нових смислових горизонтів. Пошук сенсу в кожному моменті, навіть у стражданні, стає механізмом резиліентності, що дозволяє особистості вистояти перед лицем тотальної деструкції.

У підсумку, логотерапевтична концепція свободи та відповідальності пропонує цілісну базу для розуміння людини як істоти, що постійно шукає сенс. Розмежування успіху та здійснення сенсу дозволяє змістити акцент із зовнішньої результативності на внутрішню наповненість та етичну зрілість. Під час війни ці принципи стають не лише психотерапевтичним методом, а фундаментом екзистенційної стійкості, що дозволяє особистості зберегти свою цілісність та людяність у будь-яких випробуваннях. Справжня перемога людини полягає не в досягненні соціального успіху, а в здатності знайти та здійснити сенс свого існування, залишаючись вірною своїй совісті та обов'язку перед життям.

2.3. Види та характеристика основних груп цінностей за В. Франклом

Актуалізація сенсу в логотерапевтичному процесі здійснюється через реалізацію трьох основних груп цінностей, якими є творчі цінності, цінності переживання та цінності ставлення (табл. 2.2). Ця тріада представляє собою вичерпну класифікацію шляхів, якими людина може наповнити своє існування значущістю.

Цінності творчості реалізуються через працю та активний внесок у життя світу, що дозволяє людині бачити результати своєї діяльності як продовження власного Я. Вони передбачають продуктивну дію, створення артефактів культури, виконання професійних обов'язків або здійснення вчинків, що мають суспільну значущість. У цьому вимірі людина віддає щось світові, вкладаючи свою унікальність у плоди власної праці. Важливо, що цінність роботи визначається не її престижністю чи складністю, а тим смисловим наповненням, яке суб'єкт вкладає у її виконання, діючи як відповідальний член спільноти.

**Функціональна типологія смисложиттєвих цінностей
та модуси їх актуалізації**

Категорія цінностей за З.Франклом	Механізм актуалізації та функція	Конкретні приклади та сфери реалізації
<i>Творчі цінності</i>	Активна діяльність, спрямована на світ; реалізація талантів та вчинків.	Професійна праця, мистецька діяльність, волонтерство, написання книг.
<i>Цінності переживання</i>	Сприйняття світу, поглинення красою та істиною; досвід отримання від світу.	Любов до іншої особи, споглядання природи, прослуховування музики, релігійний досвід.
<i>Цінності ставлення</i>	Вибір внутрішньої позиції щодо неминучого страждання та трагічної тріади буття.	Гідне прийняття хвороби, збереження надії перед смертю, переосмислення травми.

Цінності переживання, навпаки, пов'язані з отриманням досвіду від світу та поглиненням процесом сприйняття. Це можуть бути естетичні переживання краси природи чи мистецтва, або ж досвід глибокої любові до іншої особи. Любов у логотерапії розглядається як єдиний шлях до досягнення найпоетаємнішої сутності іншої людини в її неповторності, що дозволяє побачити не лише актуальний стан іншого, але й його потенціал. Цінності переживання доводять, що життя може бути змістовним навіть у моменти пасивності чи споглядання. Ці цінності дозволяють сприймати життя та навіть страждання як значущий досвід, що збагачує духовний світ особистості, забезпечуючи зв'язок суб'єкта з трансцендентним виміром буття.

Найбільш фундаментальною та специфічною для логотерапії групою є *цінності ставлення*, які актуалізуються в ситуаціях, де людина стикається з неминучим стражданням, яке неможливо змінити або усунути. У таких умовах свобода волі виявляється в найчистішому вигляді – у виборі позиції, яка дозволяє перетвори-

ти трагедію на особисте триумфальне досягнення. Саме тут проявляється героїчний потенціал людського духу, що здатен піднятися над біологічними та соціальними обмеженнями. Цінності ставлення дозволяють суб'єкту зберегти гідність і знайти сенс у найбільш трагічних обставинах, трансформуючи особисту трагедію в людське досягнення. Здійснення сенсу через гідне ставлення до долі стає вищим виявом людського духу. Страждання перестає бути лише стражданням у ту мить, коли воно знаходить сенс. Це стає можливим завдяки зміні перспективи: замість того, щоб питати про причини страждання, людина запитує про те, для чого вона може використати цей досвід. Цей підхід дозволяє людині не просто виживати, а змінюватися самій, коли вона не може змінити обставини, досягаючи глибокої внутрішньої зрілості.

Характеристика цінностей ставлення нерозривно пов'язана з концепцією трагічного оптимізму. Це здатність залишатися оптимістичним, незважаючи на біль, провини та усвідомлення скінченності життя. Оптимізм у цьому контексті означає віру в те, що життя має сенс за будь-яких умов, і що людина має потенціал змінити себе на краще навіть тоді, коли вона не може змінити ситуацію. Дослідження серед військовослужбовців в умовах війни підтверджують, що особи, які орієнтовані на вищі цінності та мають чітку ціннісну позицію, демонструють вищі показники посттравматичного зростання та меншу вразливість до депресивних станів. Ціннісна орієнтація виступає тим якорем, який утримує особистість від розпаду в моменти тотальної невизначеності та екзистенційного хаосу.

2.4. Основні логотерапевтичні техніки

Клінічний інструментарій логотерапії базується на двох фундаментальних антропологічних здібностях людини, якими є самовідсторонення та самотрансценденція. Самовідсторонення дозволяє суб'єкту поглянути на себе з боку, дистанціюватися від власних симптомів або емоційних станів. Це передбачає застосування метакогнітивного моніторингу, який являє собою здатність

людини відстежувати та оцінювати власні пізнавальні процеси в ситуації тут-і-тепер. Своєю чергою, самотрансценденція спрямовує увагу назовні, на смисли та цінності, що існують у світі.

Таблиця 2.3

Основні логотерапевтичні техніки та їх застосування

Логотерапевтична техніка	Антропологічна основа та процес	Клінічне застосування та ціль
<i>Парадоксальна інтенція</i>	Самовідсторонення; свідоме бажання того, чого людина боїться, через гумор.	Фобії, панічні атаки, obsесивно-компульсивний розлад, безсоння.
<i>Дерефлексія</i>	Самотрансценденція; ігнорування симптомів шляхом перемикання уваги на світ.	Сексуальні розлади, іпохондрія, гіперрефлексія, депресивні стани.
<i>Сократівський діалог</i>	Духовна інтуїція; кероване самовідкриття через специфічну систему запитань.	Екзистенційний вакуум, ціннісні конфлікти, криза ідентичності.
<i>Модуляція установок</i>	Свобода волі; зміна погляду на неминуче страждання через нові цінності.	Трагічні обставини, моральна травма, хронічний біль, втрата.

Найвідомішою технікою, що використовує самовідсторонення, є *парадоксальна інтенція*. Вона розроблена для подолання очікувальної тривоги та obsесивно-компульсивних розладів. Клієнту пропонується свідомо побажати або спробувати здійснити саме те, чого він найбільше боїться, часто з використанням гумору та іронії. Це розриває зачароване коло страху перед страхом, оскільки неможливо одночасно іронізувати над симптомом і перебувати під його повною владою. Парадоксальна інтенція спрямована проти гіперінтенції – надмірної зосередженості людини на задоволенні власних бажань, що супроводжуються страхом і тривогою.

Дерефлексія, інша ключова техніка, спрямована проти гіперрефлексії (схильності до надмірного самоаналізу). Дерефлексія

допомагає пацієнту переорієнтувати увагу з власних симптомів на зовнішні значущі цілі, долаючи замкненість на собі. У логотерапевтичному процесі дерефлексія допомагає клієнту ігнорувати симптом, переключаючи увагу на значущі справи чи інших людей. Дерефлексія часто включає використання гумору та глузування для дистанціювання від проблеми. Ця техніка ґрунтується на концепції самотрансценденції: індивід, який зосереджений на підтримці інших або виконанні місії, природним чином звільняється від тиску власних невротичних переживань. Техніка дерефлексії є надзвичайно ефективною в реабілітації пацієнтів із психотичними розладами, де вона допомагає зменшити фокус на патологічних відчуттях через соціальну залученість.

Сократівський діалог виступає інструментом майєвтики сенсу, де через спільний пошук психотерапевт і клієнт відкривають об'єктивні можливості для реалізації цінностей. Він являє собою основний метод ведення логотерапевтичної бесіди. Це техніка конфронтації ірраціональних суджень і травматичних життєвих сценаріїв клієнта шляхом задавання йому таких запитань, на які він дає максимальну кількість позитивних відповідей. Використовуючи систему майєвтичних запитань, терапевт допомагає клієнту виявити його духовне несвідоме, усвідомити власну свободу та відповідальність. Сократівський діалог стимулює клієнта самостійно приходити до смислових висновків, що робить ці інсайти набагато глибшими та стійкішими, ніж будь-які готові поради. У контексті сучасної когнітивної терапії ця техніка використовується для когнітивної реструктуризації, проте в логотерапії він завжди спрямований на виявлення духовного виміру, а не лише на виправлення логічних помилок мислення.

Питання для самоперевірки

1. У чому полягає специфіка логотерапії як цілісної антропологічної системи порівняно з протокольними алгоритмами класичних клінічних підходів?

2. Як фундаментальна концепція В. Франкла пояснює взаємозв'язок між свободою волі, прагненням до сенсу та самим сенсом життя?

3. Завдяки яким механізмам духовний (ноотичний) вимір буття зберігає свою цілісність та здоров'я навіть за умови важкої соматичної хвороби чи психічного розладу?

4. Яким чином сучасна наукова парадигма інтегрує поняття «воли до сенсу» з моделями предиктивного кодування та концептом найвищого «майстер-пріору»?

5. Чому, згідно з позицією логотерапії, нав'язливе прагнення до щастя виступає одночасно і ознакою, і механізмом невротизації людської психіки?

6. Яку роль відіграє феномен ноодинаміки (напруги між наявним та потенційним станом особистості) у запобіганні екзистенційному вакууму?

7. У чому розкривається докорінна онтологічна відмінність між свободою «від» обставин та свободою «для» вибору власного ставлення до них?

8. Яким чином совість функціонує як «орган сенсу», допомагаючи індивіду реалізовувати відповідальність у діалозі з реальністю?

9. Як двоосьова модель людського буття пояснює парадокс існування глибокого екзистенційного розпачу на тлі абсолютного соціального чи матеріального успіху?

10. У чому виявляється специфіка творчих цінностей і чому їхня значущість визначається не престижністю роботи, а смисловим наповненням?

11. Як цінності переживання, і зокрема феномен любові, дозволяють суб'єкту осягнути найпотаємнішу сутність та потенціал іншої людини?

12. Чому цінності ставлення вважаються найбільш фундаментальними при зіткненні індивіда з неминучим стражданням або трагічною тріадою буття?

13. Як концепція «трагічного оптимізму» забезпечує формування резиліентності та сприяє посттравматичному зростанню в умовах війни?

14. У чому полягає механізм дії парадоксальної інтенції та як вона спирається на антропологічну здатність до самовідсторонення для подолання очікувальної тривоги?

15. Яким чином Сократівський діалог (майєвтика сенсу) стимулює клієнта до самостійного усвідомлення власного духовного несвідомого?

Тести для самоконтролю

1. Логотерапія стверджує первинність такої фундаментальної мотиваційної сили людського буття:

- а) Прагнення до задоволення
- б) Воля до влади
- в) Воля до сенсу
- г) Інстинкт самозбереження

2. Згідно з тривимірною онтологією логотерапії, свобода волі, відповідальність та совість є характеристиками:

- а) Соматичного виміру
- б) Психічного виміру
- в) Духовного (ноотичного) виміру
- г) Соціального виміру

3. У сучасних моделях предиктивного кодування воля до сенсу розглядається як:

- а) Екзистенційна ентропія
- б) Найвищий майстер-пріор або керівна когнітивна структура
- в) Базовий фізіологічний рефлекс
- г) Побічний ефект емоційного вигорання

4. В. Франкл стверджував, що нав'язливе прагнення до щастя є:

- а) Ознакою та механізмом невротизації психіки
- б) Основною метою психотерапевтичного втручання
- в) Проявом найвищого ступеня самотрансценденції
- г) Необхідною умовою для формування ноодинаміки

5. Що в логотерапії називають «ноодинамікою»?

- а) Стан абсолютного внутрішнього спокою та гомеостазу
- б) Напругу між тим, ким людина є зараз, і тим, ким вона має стати
- в) Патологічну тривожність перед майбутнім
- г) Процес деградації духовних цінностей

6. У чому полягає справжня людська свобода в умовах впливу різноманітних обмежень (генетичних, соціальних тощо)?

- а) У здатності повністю ігнорувати реальність
- б) У здатності зайняти власну позицію стосовно цих умов
- в) У прагненні до тотальної всемогутності
- г) У підпорядкуванні свого життя інстинктам

7. Франкл визначає совість як:

- а) Наслідок соціального конформізму
- б) Руйнівний психологічний комплекс
- в) Орган сенсу, що дозволяє відчувати унікальну вимогу моменту

- г) Продукт сублімації агресивних потягів
8. Двоосьова модель людського буття ілюструє, що вісь успіху (горизонтальна) та вісь здійснення сенсу (вертикальна) є:
- а) Абсолютно тотожними
 - б) Взаємовиключними
 - в) Незалежними одна від одної
 - г) Причинно-наслідковими (успіх завжди гарантує здійснення сенсу)
9. Який стан часто стає підґрунтям для виникнення ноогенних неврозів?
- а) Трагічний оптимізм
 - б) Екзистенційний вакуум
 - в) Самовідсторонення
 - г) Посттравматичне зростання
10. До якої групи цінностей належать професійна праця, мистецька діяльність та волонтерство?
- а) Цінності ставлення
 - б) Цінності переживання
 - в) Творчі цінності
 - г) Біологічні цінності
11. Які цінності актуалізуються тоді, коли людина стикається з неминучим стражданням, яке неможливо змінити?
- а) Цінності переживання
 - б) Цінності ставлення
 - в) Творчі цінності
 - г) Соматичні цінності
12. Як логотерапія трактує любов (у контексті цінностей переживання)?
- а) Як єдиний шлях до досягнення найпотаємнішої сутності іншої людини
 - б) Як еволюційний механізм виживання виду
 - в) Як прояв екзистенційного вакууму
 - г) Як форму гіперінтенції
13. Здатність залишатися оптимістичним, незважаючи на біль, провину та усвідомлення скінченності життя, називається:
- а) Токсичним позитивом.
 - б) Трагічним оптимізмом
 - в) Екзистенційною апатією
 - г) Гіперрефлексією.
14. Які дві фундаментальні антропологічні здібності лежать в основі клінічного інструментарію логотерапії?
- а) Саморефлексія та самоактуалізація

б) Самовідсторонення та самотрансценденція

в) Інтроекція та сублимація

г) Проекція та раціоналізація

15. Метакогнітивний моніторинг (здатність людини відстежувати власні пізнавальні процеси) забезпечується здатністю до:

а) Самотрансценденції

б) Самовідсторонення

в) Гіперрефлексії

г) Гомеостазу

16. На що спрямована техніка парадоксальної інтенції?

а) На подолання очікувальної тривоги шляхом свідомого бажання того, чого людина боїться

б) На ігнорування симптомів шляхом перемикання уваги на інших людей

в) На пошук причин психологічних травм у глибокому дитинстві

г) На досягнення стану повного м'язового розслаблення

17. Техніка дерефлексії виявляє свою найвищу ефективність при подоланні:

а) Очікувальної тривоги

б) Гіперрефлексії (схильності до надмірного самоаналізу)

в) Соматичних інфекційних захворювань

г) Творчої кризи

18. Яку роль відіграє гумор у техніках логотерапії (зокрема, парадоксальній інтенції та дерефлексії)?

а) Використовується для дистанціювання від проблеми та розриву кола страху

б) Виступає механізмом знецінення почуттів клієнта

в) Застосовується виключно для розваги терапевта

г) Є ознакою екзистенційного розчарування

19. Метою застосування Сократівського діалогу в логотерапії є:

а) Виправлення виключно логічних помилок мислення

б) Навіювання пацієнту загальноприйнятих соціальних норм

в) Виявлення духовного несвідомого та усвідомлення власної свободи і відповідальності

г) Зниження рівня ноодинаміки до абсолютного мінімуму

20. Сфера виникнення класичних неврозів, афективних розладів та психологічних комплексів належить до:

а) Соматичного (тілесного) виміру

б) Психічного (душевного) виміру

в) Духовного (ноотичного) виміру

г) Соціально-економічного виміру

Тема 3.

ОСНОВИ ЕКЗИСТЕНЦІЙНОГО АНАЛІЗУ ЗА А. ЛЕНГЛЕ

- 3.1. Емоції, почуття і цінності в екзистенційному аналізі.
- 3.2. Етапи розвитку емоцій.
- 3.3. Поняття про психодинаміку та екзистенційну динаміку.
- 3.4. Фундаментальні екзистенційні мотивації.

3.1. Емоції, почуття і цінності в екзистенційному аналізі

У межах сучасного екзистенційного аналізу А. Ленгле категорія емоційності зазнала суттєвої теоретичної реконцептуалізації, що дозволило вийти за межі класичного розуміння емоцій як епіфеноменів психічної діяльності. Емоція в цій системі розглядається як наріжний орган сприйняття цінностей, що має інтенційну природу та пов'язує індивіда з об'єктивним змістом його буття. Емоційність є не просто суб'єктивним переживанням, а формою діалогічного резонансу, через який світ відкривається людині у своїй значущості. На відміну від когнітивних конструктів, емоція володіє безпосередністю враження, що дозволяє індивіду відчувати цінність ще до моменту її раціональної рефлексії. Ця здатність бути враженим світом виступає фундаментом для всієї подальшої екзистенційної активності, оскільки без емоційного залучення будь-яке рішення залишається порожньою волювою операцією.

Теоретична будова ленглівського підходу до емоцій глибоко коріниться в аксіології М. Шелера, який стверджував об'єктивність ціннісної ієрархії, доступної персональному відчуттю. А. Ленгле розвиває ці ідеї, впроваджуючи концепцію внутрішньої згоди як критерію автентичного життя. Внутрішня згода за

своєю суттю є складним почуттям, яке виникає як результат гармонізації внутрішніх прагнень особистості з вимогами та можливостями зовнішньої ситуації. У сучасних дослідженнях цей стан описується як нейробіологічний резонанс, що мінімізує вільну енергію системи та створює відчуття цілісності. Коли індивід діє відповідно до своєї внутрішньої згоди, він не просто виконує соціальну функцію, а реалізує власну екзистенцію, перетворюючи плин часу на змістовне перебування в бутті. Відсутність такої згоди призводить до внутрішньої розщепленості, яка стає джерелом більшості психопатологічних феноменів, зокрема депресивних розладів та станів екзистенційного вакууму.

Цінності в екзистенційному аналізі визначаються як підстави для надання переваги одному способу дії над іншим. Вони не є абстрактними нормами, а постають як живі орієнтири, що торкаються глибинних шарів особистості. Здатність відчувати цінності є важливим ресурсом резистентності під час війни, коли звичні структури світу руйнуються. В таких умовах саме емоційне сприйняття фундаментальних цінностей дозволяє людині зберігати суб'єктивне благополуччя. Екзистенційний аналіз наголошує на тому, що цінності неможливо винайти; їх можна лише відкрити у феноменологічній зустрічі зі світом. Це відкриття вимагає від особистості особливої відкритості та готовності бути зачепленою реальністю, що А. Ленгле називає феноменологічною позицією відкритості.

Важливим аспектом є розрізнення між афектами, емоціями та почуттями. Афекти є частиною психодинамічного рівня реагування, вони спрямовані на швидке виживання та захист організму, часто діючи в обхід персонального контролю. Натомість власне емоції та почуття залучають духовний вимір, де відбувається оцінка значущості події для життя в цілому. Перехід від афективного реагування до емоційного проживання є сутністю психотерапевтичного процесу. Це дозволяє клієнту перестати бути об'єктом власних імпульсів та стати суб'єктом свого життя. В умовах війни, де афективна напруга є постійною, здатність перетворювати жах на сум, а лють на праведний гнів є ознакою високого рівня екзистенційної зрілості та здатності до самотрансценденції.

Сучасна інтеграція екзистенційного аналізу з теоріями предиктивної обробки інформації підтверджує, що емоції функціонують як сигнали, що повідомляють про точність наших внутрішніх прогнозів щодо світу. Цінності у цьому контексті виступають як стабільні структури, що дозволяють мозку організувати хаотичний потік сенсорних даних у змістовний досвід. Якщо людина втрачає зв'язок із цінностями, її світ перетворюється на набір незв'язних подій. Емоційне опрацювання в терапії допомагає відновити ці зв'язки, дозволяючи індивіду знову відчувати, що його життя має вагу. Це особливо важливо для професій, пов'язаних із високим рівнем стресу, наприклад для спеціалістів у сфері інформаційних технологій, чиє суб'єктивне благополуччя під час війни прямо залежить від рівня їхньої екзистенційної наповненості та здатності до емоційного резонансу.

3.2. Етапи розвитку емоцій

Феноменологічна дескрипція емоційного процесу в екзистенційному аналізі виявляє його складну процесуальну структуру, яка розгортається через чотири послідовні етапи. Розуміння цієї динаміки є важливим для клінічної практики, оскільки дозволяє диференціювати природні емоційні рухи від патологічних затримок. Кожен етап репрезентує специфічну активність особистості у її взаємодії зі світом, починаючи від пасивної відкритості та завершуючи активним вираженням. Емоція не є статичним станом, а є живим рухом, що прагне завершення у вчинку, і будь-яка зупинка на цьому шляху призводить до накопичення внутрішньої напруги та деформації екзистенції.

Першим етапом розвитку емоції є *отримання враження*, що вимагає від людини здатності бути відкритою до реальності. Це стан реципієнтності, в якому індивід дозволяє зовнішньому об'єкту торкнутися себе. Для справжнього враження необхідна відмова від попередніх упереджень. В умовах війни цей етап часто блокується захисними механізмами, які прагнуть мінімізувати біль через емоційне заціпеніння або дисоціацію. Проте без

здатності бути враженим світ стає чужим та неживим. Терапевтична робота на цьому рівні спрямована на відновлення чутливості та здатності витримувати враження, не руйнуючись під їхньою вагою.

Другий етап характеризується виникненням *вітального резонансу*, який є тілесною та первинною емоційною відповіддю на отримане враження. Це рівень, де життя реагує на життя: людина відчуває внутрішній рух, хвилювання або відторгнення. Цей етап тісно пов'язаний із другою фундаментальною екзистенційною мотивацією та здатністю жити. У пацієнтів із реляційною травмою цей резонанс часто є спотвореним, що змушує їх уникати емоційних контактів. Вітальний резонанс є джерелом енергії для всієї психіки, і його пригнічення веде до втрати життєвого пориву. В екзистенційному аналізі цей етап розглядається як пробудження внутрішньої сили, яка згодом має бути оформлена в персональну позицію.

Третій етап, персональне позиціонування, є важливим моментом перетворення біологічного афекту на персональне почуття. На цій стадії людина вступає у діалог із власним резонансом, ставлячи запитання про правомірність свого переживання. Тут відбувається перевірка на внутрішню згоду: чи можу я дозволити цьому почуттю бути? Позиціонування дозволяє інтегрувати емоцію у структуру власного я, роблячи її частиною особистої історії. У сучасній нейробіологічній інтерпретації цей етап відповідає активації префронтальних структур, які здійснюють управління емоційним досвідом.

Четвертий етап, вираження, є логічним завершенням емоційного циклу, в якому внутрішнє переживання знаходить свій вихід у зовнішній світ. Це може бути дія, слово або свідоме рішення зберегти мовчання. Головною характеристикою автентичного вираження є його відповідність попередньому позиціонуванню та внутрішній згоді. Якщо людина діє всупереч своєму почуттю, виникає стан відчуження. Під час війни можливість вільного вираження часто обмежена, що вимагає від терапевта допомоги клієнту у пошуку символічних форм активності. Лише через вираження емоція виконує свою екзистенційну функцію, трансформуючи

особистість та її стосунки зі світом. Психологічне зростання після травми можливе лише тоді, коли людина відновлює цілісність свого емоційного процесу.

3.3. Поняття про психодинаміку та екзистенційну динаміку

Системне розрізнення психодинаміки та екзистенційної динаміки в межах екзистенційного аналізу посідає місце методологічного демаркатора, який дозволяє чітко розмежувати сфери змушеності та свободи в людському бутті. *Психодинаміка* розглядається як сукупність детермінованих процесів, що керуються біологічними інстинктами та захисними структурами. Цей рівень функціонування спрямований на збереження гомеостазу та уникнення страждання. Психодинаміка – це те, що з людиною відбувається; це сфера реактивності, де індивід виступає як об'єкт впливу внутрішніх імпульсів. Важливою складовою цього рівня є копінгові реакції, які виникають автоматично при загрозі фундаментальним мотиваціям, проявляючись у формі втечі, агресії або регресії.

На противагу цьому, *екзистенційна динаміка* базується на духовному вимірі особистості, тобто на її здатності до проактивного діяння та вільного рішення (табл. 3.1). Вона ініціюється самою особистістю через акти волі, які часто створюють корисну напругу заради реалізації сенсу. Екзистенційна динаміка може бути концептуалізована через модель головного апріорного прогнозу, що здатний перебудовувати нижчі психодинамічні патерни. Це означає, що людина володіє духовним інструментарієм для того, щоб зайняти позицію щодо своїх автоматизмів. У стані психологічного благополуччя екзистенційна динаміка домінує, дозволяючи індивіду бути автором свого життя, тоді як при патології вона виявляється заблокованою.

Терапевтичний процес в екзистенційному аналізі спрямований на активацію саме екзистенційної динаміки через методи самодистанціювання. У пацієнтів із реляційною травмою психодинамічні захисти стають настільки жорсткими, що унемож-

ливають вільний вибір. Робота терапевта полягає у створенні прогалин у цій детермінованості, допомагаючи клієнту побачити свій страх як об'єкт, від якого можна відсторонитися. Це дозволяє особистості знову відчути свій ресурс і прийняти відповідальне рішення всупереч імпульсам. В умовах війни така здатність стає питанням виживання цілісної особистості, оскільки саме екзистенційна динаміка дозволяє зберігати моральні орієнтири у ситуаціях високої афективної напруги.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика психодинамічного та екзистенційно-динамічного рівнів функціонування

Критерій порівняння	Психодинамічний рівень	Екзистенційна динаміка
<i>Рушійна сила</i>	Біологічні інстинкти та драйви	Свобода волі та воля до сенсу
<i>Напрямок руху</i>	Збереження гомеостазу	Екзистенційне виконання
<i>Тип активності</i>	Реактивність та змушеність	Проактивність та вибір
<i>Клінічний фокус</i>	Копінгові реакції та захисти	Персональне позиціонування

Сучасна інтеграція цих понять із нейронаукою підтверджує, що перехід від психодинамічного до екзистенційного реагування супроводжується перемиканням активності від мигдалеподібного тіла до дорсолатеральної префронтальної кори. Це біологічне підґрунтя свободи волі показує, що екзистенційна динаміка вимагає високих енергетичних витрат. Психодинаміка ж працює на принципі мінімізації зусиль, що робить її привабливою у стані виснаження. Проте лише через активацію екзистенційної динаміки людина може досягти екзистенційного виконання – стану, коли життя відчувається як власне. Таким чином, екзистенційний аналіз пропонує динамічну модель людини, де дух є головним регулятором, що забезпечує єдність соматичного та психічного досвіду.

3.4. Фундаментальні екзистенційні мотивації

Концепція чотирьох фундаментальних мотивацій є найбільш системною частиною теоретичного спадку А. Ленгле, що пропонує цілісну структуру для аналізу умов людського існування (табл. 3.2). Ці мотивації являють собою чотири екзистенційні виміри, кожен із яких відповідає на критичне питання буття та вимагає виконання специфічних онтологічних передумов. Як підкреслює А. Ленгле, ці мотивації функціонують як послідовні рівні опрацювання реальності, де стабільність нижчого рівня є необхідною умовою для розкриття вищого. Тільки за умови виконання всіх чотирьох мотивацій життя людини стає екзистенційно виконаним.

Таблиця 3.2

Структурна побудова чотирьох фундаментальних екзистенційних мотивацій людини

Рівень мотивації	Фундаментальне запитання	Необхідні передумови	Екзистенційний результат
Перша мотивація	Чи можу я бути тут?	Простір, захист, опора	Безпека та довіра
Друга мотивація	Чи подобається мені жити?	Стосунки, час, близькість	Відчуття цінності життя
Третя мотивація	Чи маю я право бути собою?	Увага, справедливість, повага	Автентичність та гідність
Четверта мотивація	Навіщо я перебуваю тут?	Контекст, майбутнє, цінності	Екзистенційне виконання

Перша фундаментальна екзистенційна мотивація спрямована на онтологічне виживання: *Я є – чи можу я бути у цьому світі?* Вона базується на трьох умовах: захисті, просторі та опорі. Захист забезпечує відчуття безпеки, простір дає можливість для перебування, а опора дозволяє витримувати навантаження реальності. Як зазначають дослідники травми в умовах війни, постійна загроза життю дестабілізує цю мотивацію, породжуючи фундаментальну тривогу. Терапевтична робота на цьому рівні

вимагає екзистенційного заземлення, що полягає у віднайденні реальних опор у повсякденності. Успішне виконання першої мотивації веде до виникнення довіри до світу, що є базисом для будь-якої подальшої активності.

Друга фундаментальна екзистенційна мотивація звернена до емоційної якості буття: *Я живу – чи подобається мені жити?* Вона вимагає наявності стосунків, часу та близькості. На цьому рівні людина відчуває цінність життя через резонанс із тим, що вона любить. Як демонструє аналіз депресивних станів, дефіцит на цьому рівні призводить до відчуття порожнечі. В умовах війни здатність відчувати цінність навіть малих радощів стає важливим ресурсом стійкості. Робота з цією мотивацією передбачає розвиток емоційної чутливості та здатності до оплакування втрат, що дозволяє людині не просто виживати, а проживати своє життя з відчуттям його внутрішньої вартості.

Третя фундаментальна екзистенційна мотивація стосується персональної ідентичності: *Я є собою – чи маю я право бути таким?* Вона передбачає зустріч із власною унікальністю та отримання визнання від інших. Ключовими передумовами тут є увага, справедливість та повага. На цьому рівні формується самоцінність індивіда. Відсутність справедливої оцінки веде до розвитку копінгових стратегій функціонування, де людина змушена грати ролі. Терапія спрямована на відновлення автентичного самопозиціонування та прийняття відповідальності за власну унікальність, що дозволяє особистості вистояти під тиском соціального конформізму чи зовнішнього знецінення.

Четверта фундаментальна екзистенційна мотивація завершує конструювання екзистенції питанням про сенс: *Я тут – для чого я живу?* Вона орієнтована на майбутнє та реалізацію найбільш ціннісних можливостей у кожній ситуації. Сенс у ленгівському розумінні не є абстрактною ідеєю, а постає як результат внутрішньої згоди з власним вчинком у світлі майбутнього. Сучасна екзистенційна нейрологія розглядає волю до сенсу як головний прогноз, що структурує всі попередні рівні досвіду. В умовах війни віднайдення сенсу у допомозі іншим стає головним чинником психологічного зростання після травми. Виконання

четвертої мотивації дає людині відчуття онтологічної завершеності та спокою, навіть посеред хаосу зовнішніх подій.

Питання для самоперевірки

1. Як у межах сучасного екзистенційного аналізу А. Ленгле відбувається теоретична реконцептуалізація категорії емоційності порівняно з класичним її розумінням як епіфеномену психічної діяльності?

2. У чому полягає сутність концепції «внутрішньої згоди» та як її відсутність детермінує розвиток психопатологічних феноменів, зокрема депресивних розладів?

3. Яким чином методологічне розрізнення між афектами (як частиною психодинаміки) та емоціями/почуттями (як духовним виміром) визначає стратегію психотерапевтичного процесу?

4. Як сучасна інтеграція екзистенційного аналізу з теоріями предиктивної обробки інформації пояснює функціонування емоцій та роль цінностей в організації сенсорного досвіду?

5. Охарактеризуйте феноменологічну дескрипцію першого етапу розвитку емоції – «отримання враження» – та поясніть механізми його блокування в умовах війни.

6. Яку онтологічну роль відіграє «вітальний резонанс» у структурі емоційного акту та як він пов'язаний із другою фундаментальною екзистенційною мотивацією?

7. Розкрийте екзистенційні та нейробіологічні (активація префронтальних структур) механізми переходу біологічного афекту в персональне почуття на етапі «персонального позиціонування».

8. Чому «вираження» вважається необхідним етапом завершення емоційного циклу і як невідповідність вираження внутрішній згоді призводить до стану відчуження?

9. У чому полягає системне розмежування психодинаміки та екзистенційної динаміки як сфер змушеності та свободи в людському бутті?

10. Яким чином терапевтичний метод самодистанціювання сприяє деконструкції жорстких психодинамічних захистів та активації екзистенційної динаміки у пацієнтів із реляційною травмою?

11. Як нейробіологічні кореляти (перемикання між мигдалеподібним тілом та дорсолатеральною префронтальною корою) пояснюють енергетичні витрати, необхідні для реалізації свободи волі?

12. Проаналізуйте необхідні онтологічні передумови (захист, простір, опора) та результати успішної реалізації першої фундаментальної екзистенційної мотивації.

13. Як дефіцит виконання другої фундаментальної мотивації впливає на здатність суб'єкта відчувати цінність життя та сприяє формуванню екзистенційного вакууму?

14. Охарактеризуйте роль уваги, справедливості та поваги у процесі конструювання персональної ідентичності та самоцінності в межах третьої мотивації.

15. Яким чином четверта фундаментальна мотивація (воля до сенсу) структурує попередні рівні екзистенційного досвіду і чому її реалізація є критичною для психологічного зростання після травми?

Тести для самоконтролю

1. Відповідно до концепції А. Ленгле, емоція в екзистенційному аналізі розглядається як:

- а) Епіфеномен виключно когнітивної діяльності
- б) Наріжний орган сприйняття цінностей, що має інтенційну природу
- в) Фізіологічний механізм підтримки гомеостазу
- г) Рудиментарна реакція, що підлягає раціональному витісненню

2. Хто з філософів заклав аксіологічне підґрунтя (об'єктивність ціннісної ієрархії) для розуміння емоцій у підході А. Ленгле?

- а) Ж.-П. Сартр
- б) М. Гайдеггер
- в) М. Шелер
- г) К. Ясперс

3. Згідно з сучасними дослідженнями, стан «внутрішньої згоди» описується як:

- а) нейробіологічний резонанс, що мінімізує вільну енергію системи
- б) стан афективної амбівалентності
- в) когнітивний дисонанс між бажаним та дійсним
- г) повне підпорядкування соціальним нормам

4. Яка принципова різниця між афектами та почуттями виділяється в екзистенційному аналізі?

- а) Афекти залучають духовний вимір, а почуття – біологічний
- б) Афекти є результатом вільного вибору, а почуття детерміновані
- в) Афекти спрямовані на швидке виживання, тоді як почуття залучають духовний вимір та оцінку значущості

- г) Між ними не існує феноменологічної різниці
5. Відповідно до теорії предиктивної обробки інформації, емоції функціонують як:
- а) генератори хаотичних сенсорних даних
 - б) сигнали, що повідомляють про точність внутрішніх прогнозів щодо світу
 - в) механізми витіснення травматичних спогадів
 - г) ілюзорні конструкти, позбавлені адаптивного змісту
6. Який етап розвитку емоції вимагає феноменологічної позиції відкритості та відмови від попередніх упреждень?
- а) Вираження
 - б) Вітальний резонанс
 - в) Отримання враження
 - г) Персональне позиціювання
7. Блокування етапу «отримання враження» за допомогою захисних механізмів (емоційне заціпеніння) в умовах війни призводить до того, що:
- а) суб'єкт досягає повної екзистенційної незворушності
 - б) світ стає чужим та неживим
 - в) пришвидшується процес самотрансценденції
 - г) посилюється вітальний резонанс
8. Етап «вітального резонансу» розглядається в екзистенційному аналізі як:
- а) раціоналізація отриманого досвіду
 - б) тілесна та первинна емоційна відповідь, де життя реагує на життя
 - в) свідоме прийняття морального рішення
 - г) вербалізація внутрішнього конфлікту
9. На якому етапі емоційного процесу людина ставить запитання про правомірність свого переживання та здійснює перевірку на внутрішню згоду?
- а) На етапі отримання враження
 - б) На етапі вітального резонансу
 - в) На етапі персонального позиціювання
 - г) На етапі імпульсивного вираження
10. Головною характеристикою автентичного «вираження» (четвертого етапу) є:
- а) його абсолютна спонтанність і відсутність рефлексії
 - б) відповідність попередньому позиціюванню та внутрішній згоді
 - в) виключно вербальна форма маніфестації
 - г) соціальна конформність та зручність для оточення

11. Що є рушійною силою функціонування на психодинамічному рівні?

- а) Воля до сенсу
- б) Біологічні інстинкти, драйви та збереження гомеостазу
- в) Свобода вибору
- г) Духовна проактивність

12. Який психотерапевтичний метод використовується для створення прогалін у психодинамічній детермінованості та активації екзистенційної динаміки?

- а) Систематична десенсибілізація
- б) Самодистанціювання
- в) Гіпнотична регресія
- г) Аверсивна терапія

13. Перехід від психодинамічного до екзистенційного реагування на нейробіологічному рівні супроводжується перемиканням активності від:

- а) префронтальної кори до гіпокампа
- б) мигдалеподібного тіла до дорсолатеральної префронтальної кори
- в) гіпоталамуса до мозочка
- г) таламуса до базальних гангліїв

14. Яке фундаментальне запитання становить сутність першої екзистенційної мотивації?

- а) Чи маю я право бути собою?
- б) Чи подобається мені жити?
- в) Навіщо я перебуваю тут?
- г) Чи можу я бути тут?

15. Які онтологічні передумови є необхідними для реалізації першої фундаментальної мотивації (онтологічне виживання)?

- а) Стосунки, час, близькість
- б) Простір, захист, опора
- в) Увага, справедливість, повага
- г) Контекст, майбутнє, цінності

16. Дефіцит на рівні другої фундаментальної мотивації (емоційна якість буття) феноменологічно проявляється як:

- а) фундаментальна тривога та паніка
- б) розвиток копінгових ролей
- в) відчуття порожнечі та схильність до депресивних станів
- г) втрата сенсу майбутнього

17. Які ключові умови необхідні для формування самоцінності в межах третьої екзистенційної мотивації?

- а) Увага, справедливість та повага
- б) Захист та фізична безпека
- в) Структурування вільного часу
- г) Пошук філософського сенсу життя

18. Розвиток копінгових стратегій, де людина змушена «грати ролі», є наслідком фрустрації:

- а) першої фундаментальної мотивації
- б) другої фундаментальної мотивації
- в) третьої фундаментальної мотивації (відсутність справедливої оцінки та визнання)
- г) четвертої фундаментальної мотивації

19. Четверта фундаментальна екзистенційна мотивація орієнтована на:

- а) забезпечення фізичного виживання
- б) пошук емоційної близькості
- в) майбутнє та реалізацію найбільш ціннісних можливостей (сенс)
- г) формування меж власного «Я»

20. У сучасній екзистенційній нейрології воля до сенсу концептуалізується як:

- а) захисний механізм інтелектуалізації
- б) головний апіорний прогноз, що структурує всі попередні рівні досвіду
- в) архаїчний інстинкт самозбереження
- г) побічний ефект надлишку вільної енергії мозку

Тема 4.

ОСНОВИ НАРАТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

- 4.1. Теоретичні засади наративної психотерапії.
- 4.2. Психологічна герменевтика та її основні поняття.
- 4.3. Поняття про наратив.
- 4.4. Деконструкція та екстерналізація – ключові техніки наративної психотерапії.
- 4.5. Формат практики наративної психотерапії.

4.1. Теоретичні засади наративної психотерапії

Наративна психотерапія постає як продукт постмодерністської епістемологічної трансформації, що радикально переосмислює природу людської суб'єктивності та терапевтичного процесу. В основі цього підходу лежить переконання, що особистість не володіє фіксованою, незмінною сутністю, а натомість безперервно конструює власну ідентичність через мовні структури та оповіді. Теоретичний фундамент методу, закладений М. Вайтом та Д. Епстоном, базується на синтезі соціального конструктивізму, постструктуралізму та культурної антропології, що дозволяє розглядати психічні явища як продукт соціокультурної взаємодії, а не лише внутрішньоособистісних механізмів. *Соціальний конструктивізм* пропонує розуміння того, що вищі психічні функції виникають спочатку як соціальні форми співпраці і згодом стають інтерналізованими процесами. Наративна терапія адаптує цю ідею, стверджуючи, що історії, які люди розповідають про себе, є інструментами організації досвіду, а не просто відображенням об'єктивної реальності.

Важливим компонентом теоретичного підґрунтя є *постструктуралістська* критика влади, сформульована М. Фуко. Він продемонстрував, як домінуючі дискурси в суспільстві створю-

ють режими істини, які визначають, що вважається нормальним, а що патологічним. Індивіди часто інтерналізують ці дискурси, перетворюючи їх на гнітючі самоописи, які обмежують їхню суб'єктність. Наративна психотерапія прагне деконструювати ці владні відносини, допомагаючи клієнту побачити, як зовнішні соціальні норми стали частиною його внутрішнього страждання. У цьому сенсі терапевт виступає не як експерт, що володіє знанням про норму, а як фасилітатор, що допомагає клієнту відновити авторство над власним життям. Як стверджують М. Вайт та Д. Епстон, терапія має на меті розкрити поверхневі історії та визначити ті оповіді, які варті глибшого дослідження заради переписування життєвого сценарію.

Сучасні дослідження підкреслюють значення теорії ідентичності в межах наративного підходу. О. Гонсалвес запропонував модель наративного процесу, де ідентичність розглядається як динамічна конфігурація сценаріїв самонарації, що організовані навколо певних тем, структур та процесів. Психологічне страждання в цій моделі інтерпретується як результат ригідних, збіднених або фрагментованих наративів, які не дозволяють особистості адаптуватися до змін. Наративна терапія, спираючись на ідеї Дж. Брунера, акцентує увагу на наративному способі мислення як основному засобі надання сенсу людському існуванню, що відрізняється від парадигмального або логіко-наукового способу. В межах наративної практики духовність та ціннісні орієнтири клієнта можуть виникати природним чином через оповіді, без нав'язування терапевтом конкретних переконань.

Еволюція наукової думки в цій галузі також вказує на важливість врахування очікувань пацієнтів як чинника терапевтичного успіху. Очікування щодо процесу лікування та його результатів формують те, що називають побутовою теорією психотерапії клієнта. Наративний підхід дозволяє інтегрувати ці очікування в терапевтичний діалог, роблячи процес більш прозорим та партнерським. Крім того, у контексті лікування складних форм горя наративна терапія пропонує конструктивістську перспективу, де втрата розглядається як виклик для ідентичності, що потребує реконструкції смислової системи індивіда. Особливу роль тут ві-

діграє концепція відсутнього Іншого, яка дозволяє знайти в розповіді про біль приховані цінності та надії клієнта, що виступають основою для формування бажаного майбутнього.

Отже, наративна терапія відмовляється від пошуку глибинних причин патології в біологічних дефектах або дитячих травмах як таких, натомість фокусуючись на тому, як ці події впливають в тканину оповіді. Проблемою вважається не сама подія, а спосіб її інтерпретації, що став домінуючим і витіснив інші можливі версії реальності. Це дозволяє психотерапевту працювати з широким спектром проблем – від особистісних розладів до наслідків війни – через зміну фокусу з проблеми-в-людині на проблему-в-історії. Психотерапевт у цьому процесі займає децентровану, проте впливову позицію, виступаючи співавтором у створенні альтернативних історій на противагу деструктивним життєвим сценаріям.

4.2. Психологічна герменевтика та її основні поняття

Психологічна герменевтика як специфічна сфера гуманітарного пізнання конституюється через розбудову цілісного категоріального апарату, що дозволяє аналізувати психічну реальність особистості як складний, багат шаровий текст, що потребує глибокого осмислення. Центральним вузлом цієї концептуальної системи постає категорія розуміння, яка в межах герменевтичної парадигми виходить за межі суто когнітивної процедури та набуває статусу фундаментального способу людського буття. Генеза цього поняття в психологічній науці нерозривно пов'язана з методологічним доробком В. Дільтея, який обґрунтував дихотомію між поясненням, орієнтованим на пошук зовнішніх каузальних зв'язків, та розумінням, спрямованим на осягнення іманентної цілісності душевного життя. У цьому контексті *розуміння* тлумачиться як акт безпосереднього схоплення внутрішнього досвіду іншого суб'єкта через категорію переживання, що дозволяє психологу реконструювати смисловий світ особистості, не вдаючись

до механістичної редукції. Сучасні дослідження підтверджують, що в умовах війни здатність до розуміння власних станів та досвіду іншого стає критично важливою, оскільки високий рівень стресу, що охоплює понад 90 відсотків населення, вимагає не просто симптоматичного лікування, а глибокої смислової інтеграції подій у цілісну життєву історію.

Процес розуміння неможливий без залучення категорії *інтерпретації*, яка виступає як активна, конструктивна діяльність суб'єкта, спрямована на розкриття та творення значень символічних форм. Психологічна герменевтика розглядає інтерпретацію як стратегію подолання дистанції між безпосередньою даністю психічного феномену та його глибинним смыслом. Ф. Шлейєрмахер заклав основи цього процесу, наголошуючи на необхідності синтезу граматичного аналізу висловлювань та психологічного вчування в інтенції автора, що створює умови для розуміння суб'єкта на рівні, який перевищує його власну самосвідомість. Ця ідея отримує подальший розвиток у наративній герменевтиці П. Рікера, де інтерпретація постає як механізм конфігурації розрізнених подій життя в осмислений сюжет. Людина конститує власну ідентичність через нескінченний процес інтерпретації текстів культури та оповідних структур, де кожен акт саморозуміння є водночас актом самотворення. Під час війни інтерпретаційна активність особистості трансформується в інструмент резильєнтності, адже здатність надати смислу стражданню та вписати травматичний досвід у ширший контекст власного майбутнього дозволяє уникнути психічної дезінтеграції та зберегти суб'єктність у ситуаціях граничної невизначеності.

Ефективність інтерпретаційного процесу суттєво детермінується категорією *передрозуміння*, яка фіксує історичну та культурну залученість інтерпретатора в систему значень, що передують акту пізнання. М. Гайдеггер та Г. Гадамер радикально переосмислили роль упереджень, довівши, що вони не є негативними фільтрами, які викривлюють об'єктивну істину, а навпаки, становлять продуктивну умову розуміння. Передрозуміння формує початковий горизонт, у межах якого об'єкт дослідження взагалі може бути помислений. У психологічній практиці це означає, що

фахівець завжди входить у ситуацію взаємодії з клієнтом, маючи певний теоретичний багаж та особистісні установки, які визначають фокус його уваги та первинні гіпотези. Концепція злиття горизонтів описує цей процес як діалогічну зустріч, де горизонт терапевта стикається з горизонтом клієнта, призводячи до розширення обох та виникнення третього простору спільного смислу. В умовах війни таке злиття горизонтів набуває особливої ваги, оскільки дозволяє відновити соціальну тканину через визнання спільності пережитого болю та цінностей, що стає підґрунтям для колективної психологічної витривалості.

Динаміку розгортання розуміння в часі та просторі описує категорія *герменевтичного кола*, що виражає діалектичний зв'язок між цілим та частинами. Згідно з цим принципом, досягнення значення окремого вияву психічного життя можливе лише через його співвіднесення з цілісним контекстом особистості, тоді як сама ця цілісність реконструюється на основі інтерпретації окремих фрагментів досвіду. Психологічна герменевтика розглядає рух по цьому колу як нескінченну спіраль, де кожне наступне повернення до об'єкта збагачується новим рівнем усвідомлення, що запобігає догматизації знання та дозволяє врахувати складність людської психіки. У клінічному дискурсі герменевтичне коло проявляється як постійна взаємокорекція теоретичних припущень терапевта та емпіричних фактів, що постають у ході діалогу. Це забезпечує гнучкість терапевтичного процесу, де симптом аналізується не як ізольована одиниця, а як елемент загальної структури буття людини. Під час війни методологія герменевтичного кола дозволяє інтегрувати фрагментарні, часто хаотичні переживання в цілісну картину світу, де кожна деталь досвіду виживання набуває значення в контексті загального процесу особистісного та національного самовизначення.

Категоріальний апарат психологічної герменевтики знаходить своє технологічне втілення в концепції самопроектування особистості, розробленій Н. Чепелевою. У межах цього підходу текст розглядається в широкому семіотичному значенні як медіум, через який людина осмислює власний досвід та проектує майбутнє. Робота з автонаративом базується на активізації процесів

розуміння та інтерпретації, що дозволяє суб'єкту вийти за межі детермінованості минулим та створити історію себе потенційно. Самопроєктування виступає як герменевтична практика, де особистість постійно переглядає власні інтерпретаційні схеми, розширюючи свій смисловий простір та знаходячи нові стимули для розвитку. В умовах війни, коли звичні плани руйнуються, саме здатність до герменевтичного самопроєктування стає запорукою збереження психічного здоров'я, адже вона дозволяє людині залишатися автором свого життя навіть під тиском екстремальних обставин. Використання нарративних психотехнологій сприяє трансформації травматичного досвіду, перетворюючи його на частину осмисленої оповіді, що відкриває шлях до посттравматичного зростання та відновлення внутрішньої цілісності.

Іншими важливими герменевтичними категоріями є текст і досвід. У широкому розумінні текст трактується як будь-яка форма передачі інформації: письмові чи усні висловлювання, внутрішні роздуми або міжособистісне спілкування, а також словесні й безсловесні сигнали, що несуть адресату відкриті або завуальовані смисли. Завдяки таким комунікативним конструкціям людина здатна глибше пізнавати себе, аналізувати об'єктивну реальність та осмислювати поведінку оточуючих. Досвід, своєю чергою, буває двох видів: особистий та особистісний. Перший являє собою сукупність подій, відчуттів, думок і т. ін., які трапилися з людиною. Другий же передбачає інтеграцію в структуру Я, вербалізацію і рефлексію, яка здійснюється через інтерпретацію та наділення персональним смислом особистого досвіду.

Отже, розуміння, інтерпретація, передрозуміння, герменевтичне коло, текст і досвід формують категоріальний апарат психологічної герменевтики, загалом, та нарративної психотерапії, зокрема. Цей підхід забезпечує високий рівень аналітичної глибини при дослідженні складних феноменів людського духу, що є особливо актуальним під час війни, коли виникає гостра потреба в епістемологічних інструментах, здатних досягнути трагедію та героїзм людського існування. Психологічна герменевтика, таким чином, постає не лише як теоретична дисципліна, а як етично навантажена практика розуміння, що сприяє гуманізації суспіль-

них відносин та зміцненню духовного потенціалу особистості в умовах глобальних трансформацій.

4.3. Поняття про наратив

Наратив у психологічній науці розглядається як фундаментальна когнітивна схема, що дозволяє людині організовувати потік подій у часову послідовність, об'єднану сюжетом та значенням. Наратив не є простим переліком фактів; це активний процес конструювання зв'язків між минулим, теперішнім та майбутнім. Згідно з наративною теорією У. Фішера, люди за своєю природою є істотами, що розповідають історії, і їхня раціональність визначається наративною ймовірністю та наративною вірністю. У терапевтичному контексті наратив стає головним об'єктом роботи, оскільки саме через нього клієнт репрезентує свою ідентичність та свої проблеми (табл. 4.1). Оповідна діяльність є центральною для людського розвитку, оскільки вона дозволяє створювати єдність та цілеспрямованість життя протягом часу.

Якість наративу оцінюється за кількома критеріями, серед яких найважливішими є пояснювальна сила, розвиток сюжету, обґрунтованість та стійкість. Пояснювальна сила вказує на те, наскільки добре історія пояснює наявні докази та події життя. Розвиток сюжету передбачає логічну послідовність та відсутність суттєвих прогалин, які в літературознавстві називають сюжетними дірками. Обґрунтованість стосується того, наскільки частини історії підтримуються реальними фактами чи відчуттями, а стійкість визначає, як наратив витримує перевірку часом та новими обставинами. У клієнтів, які страждають від психічних розладів, часто спостерігаються проблемні наративи – історії, які є занадто спрощеними, ригідними або внутрішньо суперечливими, що веде до втрати відчуття авторства. Сучасна психологія все більше фокусується на тому, як молоді люди використовують експансивну термінологію для позначення своєї ідентичності, що відображає динамічний характер наративного конструювання.

Таблиця 4.1

**Критерії оцінки якості пояснювального
нарративу в психотерапії**

Критерій оцінки	Характеристика та параметри вимірювання	Психологічне значення для клієнта
<i>Пояснювальна сила</i>	Рівень здатності історії охоплювати наявні докази та факти	Зниження тривоги через надання сенсу подіям
<i>Наративний розвиток</i>	Логічна зв'язність та відсутність сюжетних прогалин	Відновлення відчуття часової неперервності життя
<i>Обґрунтованість</i>	Підтвердження окремих частин оповіді через спогади	Зміцнення віри в реальність власних досягнень
<i>Стійкість</i>	Здатність нарративу інтегрувати нову інформацію з часом	Стійкість ідентичності перед майбутніми викликами

О. Гонсалвес у своїй моделі нарративного процесу виділяє три взаємопов'язані рівні нарративу: зміст, структуру та процес. Зміст стосується конкретних подій та персонажів оповіді. Структура відображає спосіб організації цих подій. Процес описує те, як історія розповідається в моменті – емоційну залученість, метафоричність та гнучкість оповідача. Ідентичність особистості формується через домінуючі нарративні сценарії, які людина розробляє у взаємодії зі значущими іншими протягом життя. Якщо ці сценарії стають занадто обмежувальними, виникає психологічне страждання. Наративна терапія спрямована на потовщення нарративу – перехід від тонкого, однобокого опису проблеми до багатого, багатшарового розуміння життя. Це потовщення досягається через пошук унікальних результатів, тобто епізодів, які не вписуються в домінуючу історію проблеми.

Важливо розрізняти нарративну істину та історичну істину. У психотерапії ми не завжди шукаємо об'єктивні факти минулого;

нас цікавить те, як інтерпретація цих фактів впливає на теперішній стан клієнта. Наративна істина – це та версія подій, яка є найбільш продуктивною для зцілення та розвитку особистості. Це особливо актуально під час війни, коли травматичні спогади можуть бути фрагментованими та хаотичними. Створення когерентного наративу про травму допомагає інтегрувати ці спогади в історію життя, зменшуючи їхній руйнівний вплив. Когерентність військових спогадів прямо корелює з рівнем соціальної підтримки та можливістю розділити свою історію з іншими в безпечному середовищі.

Наратив також функціонує як засіб соціальної навігації. Майстер-нاراتиви – це домінуючі культурні сценарії, які диктують норми поведінки та ідентичності. Взаємодія індивідуальної історії з цими великими наративами визначає рівень соціальної адаптації. Психотерапія надає простір для критичного осмислення цих сценаріїв, дозволяючи особистості обирати ті з них, що сприяють розвитку, та відкидати ті, що пригнічують. Таким чином, наратив постає не лише як когнітивний продукт, а як поле постійної боротьби за сенс та власну автентичність. Сучасні підходи, такі як персонально-центрований наративний аналіз, підкреслюють необхідність збереження цілісності особистості в дослідницькому та терапевтичному процесі, уникаючи редукації життєвого досвіду до окремих тем чи симптомів.

У психології виокремлюють кілька базових типів життєвих історій, що беруть свій початок ще в дитячому віці:

– *амбівалентний тип* (його автори відчувають труднощі з однозначною оцінкою власного минулого, адже одні й ті самі ситуації викликають у них суперечливі почуття. Замість глибокого аналізу та переосмислення пережитого, людина радше підлаштовується під обставини, конструюючи найбільш комфортну, логічну та зручну для себе версію подій, що згладжує гострі кути);

– *емоційно-негативний тип* (властивий тим, хто фокусується на похмурих сторінках свого життя та песимістично сприймає набутий досвід. Оповідач підсвідомо дистанціюється від невирішених криз і блокує спогади про травми, аби захистити себе від повторного болю. Через це історія життя часто має різкий

розлам на «до» та «після» трагедії, тоді як сам болісний епізод згадується максимально стисло та відсторонено);

– *емоційно-позитивний тип* (характеризується конструктивним підходом: хоча людина і розповідає про життєві перешкоди, конфлікти чи суперечності, головний акцент робиться на пошуку їх вирішення. Оповідач активно аналізує своє минуле, дає чітку оцінку подіям і демонструє, як конкретні кроки та подолання труднощів сприяли його особистісному розвитку та позитивним змінам);

– *емоційно-нейтральний тип* (зазвичай формується людьми, які уникають психологічної відвертості та глибокого самоаналізу. Така емоційна «сухість» є наслідком або повного нерозуміння своїх внутрішніх проблем, або їх потужного витіснення у підсвідомість. Подібне ігнорування власних переживань є захисним механізмом, але воно несе приховану загрозу поступової деформації чи руйнування цілісного образу власного «Я»).

4.4. Деконструкція та екстерналізація – ключові техніки наративної психотерапії

Екстерналізація є наріжним каменем наративної практики, що дозволяє радикально змінити стосунки клієнта з його проблемою. Основна ідея полягає в тому, щоб винести проблему за межі ідентичності людини, перетворюючи її на зовнішню сутність. Замість того, щоб сприймати депресію чи тривогу як частину свого я, клієнт починає бачити їх як щось стороннє, що має свій голос, свої наміри та свої тактики впливу. Це дозволяє знизити рівень самозвинувачення та сорому, звільняючи простір для конструктивних дій. Наприклад, терапевт може запитати: «Які хитрощі використовує Тривога, щоб змусити вас відмовитися від зустрічі з друзями?», замість запитання: «Чому ви такий тривожний»? Зовнішнє представлення внутрішніх переживань робить їх відчутними та доступними для аналізу, перетворюючи проблему з особистої вади на зовнішнього опонента.

Сучасні підходи до екстерналізації включають використання цифрових інструментів та штучного інтелекту. Генеративні моде-

лі можуть допомогти пацієнтам створити візуальний образ своєї проблеми, що робить її більш керованою. Це особливо ефективно при роботі з глибоко вкоріненою самокритикою або нав'язливими думками. Крім того, техніка екстерналізації ефективно застосовується при роботі з дітьми з аутизмом, де труднощі в комунікації можна персоніфікувати, допомагаючи родині виробити спільну стратегію взаємодії. Використання метафор, таких як поламаний пазл або повітряна куля, що здувається, дозволяє клієнтам надати сенсу складним емоційним станам, не ідентифікуючись із ними.

Деконструкція, своєю чергою, спрямована на аналіз та руйнування домінуючих культурних дискурсів, які підтримують існування проблеми. Наративна терапія виходить із того, що багато наших переконань про себе є не об'єктивними істинами, а продуктами соціальних норм. Деконструкція допомагає клієнту побачити, як ідеї про успіх, ґендер, привабливість чи психічне здоров'я формуються під впливом влади та соціальних очікувань.

У роботі з людьми, що пережили насильство, деконструкція патріархальних міфів про провини жертви є необхідною умовою для відновлення суб'єктності. Сучасна критика неоліберального дискурсу вказує на те, що надмірна індивідуалізація відповідальності за власне благополуччя може ставати джерелом тривоги, і завданням деконструкції є повернення проблеми в її соціополітичний контекст.

Процес деконструкції також включає роботу з мовою. Наративні терапевти уважно ставляться до вибору слів, уникаючи патологізуючих термінів та заохочуючи використання власних метафор клієнта. Розбиваючи великі історії на дрібні складові, ми знаходимо в них прогалини, через які можуть прорости нові версії реальності. Це дозволяє клієнтам підважувати звичні режими істини та знаходити власні, автентичні способи існування. Деконструкція біомедичної гегемонії в системі психічного здоров'я дозволяє пацієнтам перестати бачити себе лише як носіїв діагнозу, натомість відкриваючи простір для багатозначного самоопису.

У практиці ці техніки часто переплітаються. Коли ми екстерналізуємо самокритику, ми одночасно деконструємо ідею про те, що суворість до себе є обов'язковою умовою успіху. Такий комплексний підхід робить наративну терапію надзвичайно по-

тужним інструментом для роботи з глибоко вкоріненими психологічними труднощами. Результатом стає не лише полегшення симптомів, а й зміцнення ідентичності клієнта, який відчуває себе спроможним протистояти впливу проблеми та домінуючим соціальним очікуванням. Це особливо важливо в умовах війни, де деконструкція почуття провини вцілілого або безпорадності стає ключовим етапом відновлення психологічної стійкості.

4.5. Формат практики наративної психотерапії

Практичний формат наративної психотерапії являє собою не просто послідовність клінічних інтервенцій, а особливий вид спільного дослідження, де терапевт і клієнт виступають як співавтори нової, більш життєдайної історії. У наративному підході терапевт дотримується позиції «децентрованості», але водночас залишається «впливовим». Це означає, що центр уваги завжди зміщений на знання та досвід клієнта, проте питання терапевта спрямовують цей досвід у русло трансформації. Практика наративної допомоги розгортається через серію специфічних розмов, які М. Вайт називав «картами», що допомагають людині зорієнтуватися в лабіринтах власного життя та знайти вихід із тупикових, насичених проблемами сюжетів (табл. 4.2).

Першим і фундаментальним етапом практичної роботи є перехід до екстерналізованої розмови. У традиційній психології прийнято вважати, що проблема знаходиться «всередині» людини – у її психіці, характері чи біології. Наративна практика пропонує радикально інший підхід: проблема розглядається як зовнішня сила, що намагається захопити контроль над життям особистості. Практично це реалізується через особливий лінгвістичний прийом, де замість фрази «я депресивний», ми починаємо говорити «Депресія прийшла у ваше життя». Це дає клієнту простір для маневру, адже з ворогом, який знаходиться зовні, набагато легше боротися, ніж із власною ідентичністю. Терапевт допомагає клієнту дати проблемі ім'я, яке часто буває метафоричним або іронічним, що ще більше послаблює її владу.

Алгоритм та інструментарій практичної роботи в нарративній психотерапії

Етап / Елемент практики	Основна мета та зміст	Приклади запитань або технік
<i>Екстерналізація та іменування</i>	Відокремлення проблеми від ідентичності клієнта. Проблема стає зовнішнім об'єктом.	«Якби ми могли дати цій тривозі ім'я, як би вона називалася?»; «Що «Голос Провини» намагається вам нав'язати?»
<i>Картографування впливу проблеми</i>	Дослідження того, як проблема експлуатує різні сфери життя (роботу, стосунки, самосприйняття).	«У яких ситуаціях «Голос» стає найгучнішим?»; «Як ця проблема впливає на ваші стосунки з близькими?»
<i>Оцінка та обґрунтування впливу</i>	Визначення ставлення клієнта до дій проблеми та виявлення його власних цінностей.	«Чи подобається вам те, що «Страх» робить із вашим дозвіллям?»; «Чому для вас важливо чинити опір цьому впливу?»
<i>Пошук унікальних епізодів (винятків)</i>	Виявлення моментів «спротиву», коли людина не піддалася впливу проблеми.	«Чи був час, коли «Тривога» намагалася зайти, але ви не відчинили їй двері?»; «Як вам вдалося вчинити інакше?»
<i>Переписування</i>	Насичення альтернативної історії деталями, якостями та цінностями клієнта.	«Які ваші здібності допомогли вам у цей момент?»; «Що цей вчинок говорить про те, що для вас є справді важливим?»
<i>Робота із зовнішніми свідками</i>	Соціальне визнання нової ідентичності через залучення значущих інших або групи.	Відгук свідків: «Яка частина історії клієнта найбільше відгукнулася у вашому власному досвіді?»
<i>Терапевтичні документи</i>	Закріплення змін у письмовій формі для створення матеріальної опори нової історії.	Листи підтримки від терапевта, «Декларації незалежності», сертифікати про перемогу над проблемою.
<i>Консолідація майбутнього</i>	Формування планів на основі нової історії та підготовка до можливих «рецидивів».	«Як ви скористаєтеся своїм досвідом «Стійкості», якщо «Страх» спробує повернутися наступного тижня?»

Коли проблема стає окремим об'єктом, формат практики переходить до детального картографування її впливу. Це етап ретельного дослідження того, як саме «Тривога» або «Голос невпевненості» діють у різних сферах життя клієнта: у стосунках із близькими, у професійній діяльності, у планах на майбутнє та в уявленнях про власну гідність. Важливо, щоб клієнт побачив масштаб експансії проблеми. Проте наративний терапевт не зупиняється лише на описі шкоди. Ключовим моментом є оцінка цього впливу. Терапевт запитує: «Як ви ставитеся до того, що Тривога змушує вас відмовлятися від зустрічей із друзями? Чи згодні ви з таким станом речей? Чому для вас це неприйнятно?». Останнє запитання є надзвичайно важливим, адже воно виводить на поверхню приховані цінності та надії людини. Якщо клієнту не подобається вплив проблеми, значить, у нього є бачення того, яким би він хотів бачити своє життя насправді.

Центральним елементом практики є пошук так званих «унікальних епізодів» або «винятків». Це моменти, коли проблема мала б проявитися, але з якихось причин не змогла цього зробити, або коли клієнт вчинив всупереч її вимогам. У насиченій проблемою історії ці моменти зазвичай сприймаються як випадковості або ігноруються зовсім. Завдання терапевта – вихопити цей крихітний епізод із потоку життя і почати його «насичувати» деталями. Ми розпитуємо про те, як клієнту це вдалося, які якості він проявив, хто міг би помітити цей успіх. Таким чином, з окремих ниточок винятків починає ткатися полотно альтернативної історії – історії про силу, стійкість та вірність власним принципам.

Процес переписування історії потребує соціального визнання, адже наша ідентичність формується через відображення в очах інших людей. Тому формат наративної практики часто включає роботу з «зовнішніми свідками». Це можуть бути реальні люди (друзі, колеги) або спеціально запрошена група волонтерів, які слухають історію клієнта та діляться тим, як його досвід відгукується в їхньому власному житті. Важливо, що свідки не дають порад і не оцінюють, вони лише підтверджують реальність нової

історії клієнта. Це створює відчуття приналежності до спільноти та виводить проблему з площини приватної ганьби у простір колективної підтримки.

Ще однією унікальною особливістю наративного формату є використання терапевтичних документів. Терапевт може писати клієнту листи між сесіями, де резюмує відкриття, зроблені під час бесіди, або звертає увагу на силу, яку клієнт продемонстрував. Ці листи стають матеріальним доказом змін, до яких людина може повертатися у важкі хвилини. Також практикуються «декларації незалежності» від проблеми, сертифікати про отримання нових навичок життя або навіть листи-рекомендації, які клієнт пише самому собі з майбутнього.

Завершальна стадія практики спрямована на зміцнення зв'язків між новою історією та майбутнім. Клієнт розробляє плани, як він буде діяти, коли проблема знову спробує повернутися, та які ресурси він тепер має для протидії їй. Формат наративної терапії – це шлях від відчуття безпорадності перед «долею» або «діагнозом» до усвідомлення себе активним автором власного буття. У цьому процесі терапевт є лише уважним слухачем та дослідником, який допомагає людині віднайти свій справжній голос у хорі соціальних очікувань та внутрішніх конфліктів. Таким чином, наративна психотерапія завершується не тоді, коли проблема повністю зникає, а тоді, коли альтернативна історія стає достатньо міцною та насиченою, щоб людина могла впевнено продовжувати свій шлях самотійно.

Питання для самоперевірки

1. Як епістемологічна трансформація постмодернізму вплинула на концептуалізацію людської суб'єктивності та переосмислення терапевтичного процесу в межах наративної психотерапії?

2. У чому полягає сутність постструктуралістської критики влади М. Фуко та яким чином вона інтегрується в деконструктивну практику щодо соціальних норм і режимів істини?

3. Яким чином модель нарративного процесу О. Гонсалвеса концептуалізує психологічне страждання через призму ригідності та фрагментованості самонарації?

4. Які фундаментальні методологічні відмінності існують між категорією «пояснення» та категорією «розуміння» у контексті психологічної герменевтики В. Дільтея?

5. Як категорія передрозуміння (за М. Гайдеггером та Г. Гадамером) трансформує терапевтичну позицію фахівця під час діалогічної зустрічі та «злиття горизонтів» із клієнтом?

6. У чому виявляється діалектичний характер «герменевтичного кола» під час аналізу травматичного досвіду та інтеграції хаотичних переживань в умовах війни?

7. Яким чином концепція самопроектування особистості Н. Чепелевої сприяє подоланню детермінованості минулим та розширенню смислового простору суб'єкта?

8. За якими ключовими параметрами (критеріями) оцінюється якість пояснювального нарративу в психотерапевтичній практиці і яке психологічне значення вони мають для клієнта?

9. Як співвідносяться концепти «нарративна істина» та «історична істина» при реконструкції травматичних спогадів у терапевтичному дискурсі?

10. Які механізми взаємодії індивідуальної історії життя з домінуючими «майстер-нарративами» визначають успішність соціальної адаптації та збереження автентичності особистості?

11. У чому полягає специфіка амбівалентного та емоційно-нейтрального типів життєвих історій з погляду функціонування механізмів психологічного захисту?

12. Яким чином лінгвістичні прийоми техніки екстерналізації дозволяють трансформувати глибоко вкорінений внутрішньоособистісний конфлікт у зовнішнє протистояння з проблемою?

13. Яку епістемологічну та соціальну функцію виконують «зовнішні свідки» у процесі визнання нової ідентичності під час нарративної практики?

14. Що означає фасилітативна терапевтична позиція «децентрованості, але впливовості» у форматі спільних досліджень нарративного підходу?

15. Як алгоритм пошуку «унікальних епізодів» сприяє переходу від «тонкого», однобокого опису проблеми до «потовщеного» життєвого нарративу?

Тести для самоконтролю

1. Згідно з теоретичними засадами наративної терапії, вищі психічні функції виникають спочатку як соціальні форми співпраці і згодом інтерналізуються завдяки принципам:

- а) психоаналітичного редукціонізму
- б) соціального конструктивізму
- в) радикального біхевіоризму
- г) біомедичної гегемонії

2. Хто з мислителів продемонстрував, як домінуючі дискурси створюють режими істини, що визначають норму і патологію, ставши основою для деконструкції в терапії?

- а) В. Дільтей
- б) П. Рікер
- в) М. Фуко
- г) М. Гайдеггер

3. Наративна терапія, спираючись на ідеї Дж. Брунера, акцентує увагу на тому, що основним засобом надання сенсу людському існуванню є:

- а) логіко-науковий спосіб мислення
- б) парадигмальний аналіз
- в) нарративний спосіб мислення
- г) біологічний детермінізм

4. Центральним вузлом концептуальної системи психологічної герменевтики, що виходить за межі суто когнітивної процедури та набуває статусу способу людського буття, є:

- а) рефлексія
- б) каузальне пояснення
- в) акт розуміння
- г) об'єктивне спостереження

5. Згідно з ідеями Ф. Шлейермахера, інтерпретація як механізм подолання дистанції постає як синтез:

- а) біологічного та соціального аналізу
- б) граматичного аналізу та психологічного вчування
- в) логічного висновку та емпіричного факту
- г) усвідомленого та несвідомого мотивів

6. Концепція, яка стверджує, що упередження не викривлюють істину, а становлять продуктивну умову розуміння та формують початковий горизонт пізнання, називається:

- а) децентрованість

- б) передрозумінням
- в) екстерналізацією
- г) майстер-нарратвом

7. Діалектичний зв'язок між цілим та частинами, де досягнення окремого вияву можливе лише через цілісний контекст особистості, у психологічній герменевтиці описується як:

- а) герменевтичне коло
- б) злиття горизонтів
- в) унікальний епізод
- г) епістемологічна трансформація

8. Автором концепції самопроекування особистості, у межах якої текст розглядається як медіум для осмислення досвіду та створення історії себе потенційного, є:

- а) М. Вайт
- б) О. Гонсалвес
- в) Н. Чепелева
- г) У. Фішер

9. Згідно з нарративною теорією У. Фішера, людська раціональність визначається:

- а) інтелектуальним коефіцієнтом та швидкістю реакції
- б) логіко-математичним мисленням
- в) нарративною ймовірністю та нарративною вірністю
- г) здатністю до безумовного рефлексу

10. Який критерій оцінки якості пояснювального нарративу передбачає логічну послідовність та відсутність суттєвих «сюжетних дірок»?

- а) пояснювальна сила
- б) обґрунтованість
- в) стійкість
- г) розвиток сюжету

11. Модель нарративного процесу О. Гонсалвеса виділяє три взаємопов'язані рівні нарративу, а саме:

- а) зміст, структуру та процес
- б) зав'язку, кульмінацію та розв'язку
- в) минуле, теперішнє та майбутнє
- г) фізіологію, емоції та думки

12. «Потовщення нарративу» в практиці психотерапії досягається насамперед завдяки:

- а) пошуку унікальних результатів (епізодів), що не вписуються в історію проблеми
- б) багаторазовому повторенню травматичних спогадів

- в) деталізації психопатологічних симптомів
- г) редукції життєвого досвіду до єдиного діагнозу

13. Домінуючі культурні сценарії, що диктують суспільні норми поведінки та ідентичності, у наративній психотерапії мають назву:

- а) мікро-нاراتиви
- б) майстер-нاراتиви
- в) терапевтичні документи
- г) унікальні винятки

14. Який тип життєвої історії притаманний індивідам, що фокусуються на похмурих сторінках, підсвідомо дистанціюються від не вирішених криз і блокують спогади про травми?

- а) амбівалентний тип
- б) емоційно-позитивний тип
- в) емоційно-негативний тип
- г) емоційно-нейтральний тип

15. Екстерналізація як фундаментальна техніка наративної практики передбачає:

- а) глибоку ідентифікацію клієнта зі своєю хворобою
- б) винесення проблеми за межі ідентичності людини як зовнішньої сутності

- в) перекладання провини на найближчих родичів
- г) раціоналізацію деструктивної поведінки

16. Деконструкція в наративній психотерапії націлена на:

- а) руйнування особистісних кордонів пацієнта
- б) аналіз та руйнування домінуючих культурних дискурсів, що підтримують проблему

- в) знецінення позитивного досвіду особистості
- г) фрагментацію цілісного образу «Я»

17. У форматі практичної наративної взаємодії позиція психотерапевта визначається як:

- а) суворо авторитарна та директивна
- б) децентрована, але впливова
- в) повністю відсторонена
- г) виключно експертно-діагностична

18. Що з наведеного є характерним прикладом терапевтичного документа в межах наративної практики?

- а) амбулаторна картка хворого
- б) бланк клінічного інтерв'ю
- в) «декларація незалежності» від проблеми
- г) протокол психіатричного консилиуму

19. Практичний етап «картографування впливу проблеми» безпосередньо спрямований на:

- а) нейропсихологічне картування активності мозку
- б) просторове моделювання сімейної системи
- в) дослідження того, як проблема експлуатує різні сфери життя клієнта

г) виявлення генетичної схильності до розладів

20. Згідно з парадигмою наративної допомоги, терапевтичний процес вважається успішно завершеним, коли:

- а) альтернативна історія стає достатньо міцною та насиченою
- б) клієнт повністю амнезує травматичний досвід
- в) об'єктивні життєві проблеми зникають назавжди
- г) пацієнт беззаперечно погоджується з інтерпретаціями терапевта

Тема 5.

ОСНОВИ EMDR-ТЕРАПІЇ

- 5.1. Модель адаптивної переробки інформації.*
- 5.2. Основні компоненти цілей EMDR-терапії.*
- 5.3. Активація системи переробки інформації.*
- 5.4. Фази EMDR-терапії.*

5.1. Модель адаптивної переробки інформації

Терапія десенсибілізації та переробки рухом очей базується на фундаментальній теоретичній парадигмі, відомій як модель адаптивної переробки інформації. Ця концепція постулює, що людська психіка володіє вродженою фізіологічною системою обробки даних, яка спрямована на інтеграцію життєвого досвіду в адаптивний стан, що сприяє психологічному здоров'ю та особистісному зростанню. За нормальних умов ця система функціонує подібно до імунного механізму, який автоматично активує процеси відновлення тканин після фізичного пошкодження. Нова інформація, що надходить до індивіда, проходить через складні нейрофізіологічні цикли, де вона зіставляється з наявними когнітивними схемами, емоційно осмислюється та зберігається у вигляді корисного досвіду, що має вербальну форму та чітку часову прив'язку. Проте у ситуаціях екстремального стресу, особливо в умовах війни, цей природний механізм може зазнати критичного збою, що призводить до патологічної фіксації спогадів.

Модель адаптивної переробки інформації стверджує, що травматичні події або тривалий дистрес перевантажують нейробиологічні потужності мозку, викликаючи стан нейронного блокування. Внаслідок цього інформація про подію зберігається у сирій, непереробленій формі, будучи ізольованою від

загальних адаптивних мереж пам'яті індивіда. Такі спогади називаються патогенними або стан-специфічними, оскільки вони капсулюють у собі первинні візуальні образи, інтенсивні емоції жаху, соматичні реакції та дезадаптивні когнітивні викривлення, які супроводжували момент травми. На відміну від нормальних епізодичних спогадів, ці структури позбавлені концептуального контексту, тому вони сприймаються психікою як такі, що відбуваються тут і зараз, щоразу, коли внутрішній або зовнішній тригер активує відповідну нейронну мережу.

Нейробиологічний аналіз моделі вказує на те, що під час травми спостерігається функціональна дисоціація між структурами мозку. Гіпокамп, який відповідає за контекстуалізацію досвіду та надання йому часових характеристик, демонструє знижену активність через надлишок кортизолу, тоді як мигдалеподібне тіло залишається у стані гіперактивності, фіксуючи емоційний заряд без логічного осмислення. Це призводить до того, що логічні та емоційні фрагменти досвіду залишаються роз'єднаними. Модель адаптивної переробки інформації розглядає ці дезадаптивно збережені мережі як першопричину широкого спектру розладів, від класичного посттравматичного стресового розладу до депресії та хронічного болю. Відповідно до цієї теорії, психопатологія є наслідком заблокованої переробки, а не простою реакцією на подію.

Модель адаптивної переробки інформації функціонує як операційна основа, що пояснює трансформацію травматичного змісту в автобіографічний наратив через відновлення нейронних зв'язків. Цей процес інтеграції дозволяє спогаду втратити свій інтрузивний характер, переходячи зі сфери підсвідомого реагування у сферу свідомого усвідомлення. Сучасні дослідження підкреслюють, що успішне опрацювання об'єкта призводить до значного зниження активності в мережах пасивної роботи мозку, що корелює з ефектом заспокоєння та виходу з-під контролю травматичного минулого.

5.2. Основні компоненти цілей EMDR-терапії

Визначення об'єктів для терапевтичного впливу є важливим етапом, що вимагає ретельної концептуалізації випадку та ідентифікації складних структур пам'яті. Об'єкт у EMDR-терапії не є тотожним до події; це багатовимірний конгломерат нейронної інформації, що включає візуальні, когнітивні, афективні та сенсорні елементи (табл. 5.1). Першим обов'язковим компонентом є візуальний образ, який представляє найбільш дистресовий момент спогаду. Цей образ обирається пацієнтом як точка входу у мережу, оскільки він зазвичай містить у собі найбільшу концентрацію непереробленої енергії травми.

Когнітивний компонент об'єкта складається з негативної та позитивної когніцій. Негативна когніція являє собою ірраціональне самовизначення, яке пацієнт вважає істинним під час фокусування на травматичному образі. Такі переконання часто стосуються тем безпеки, контролю або власної цінності. Важливо, що негативна когніція не є простою думкою, а є частиною фізіологічного запису події. Позитивна когніція відображає адаптивне переконання, яке пацієнт хотів би мати замість негативного. Вона повинна бути сформульована у теперішньому часі та бути функціонально корисною для індивіда у поточному житті. Необхідно використовувати специфічні стратегії пошуку, як-от емоційний шлях або шлях інтрузій, для точної локалізації ключових вузлів патогенної мережі.

Емоційний та соматичний рівні цілей терапії забезпечують доступ до підкіркових структур мозку, де часто локалізується травма, недоступна для вербалізації. Пацієнт має ідентифікувати емоції, які він відчуває у момент звернення до спогаду, а також точно вказати місце фізичного дискомфорту у тілі. Ці відчуття слугують соматичними маркерами, які дозволяють терапевту відстежувати рух інформації по нейронних мережах під час переробки. Для об'єктивізації стану використовуються шкали суб'єктивних одиниць дискомфорту та валідності когніції. Такий комплексний підхід дозволяє терапевту працювати з когнітивними установками та з глибокими фізіологічними реакціями.

**Стратегії пошуку об'єкта терапії
за механізмами ідентифікації**

Тип стратегії пошуку об'єкта	Механізм ідентифікації	Клінічна доцільність
<i>Шлях інтрузій</i>	Фокусування на спонтанних образах, нічних жахах або флешбеках	Висока ефективність при гострому та хронічному ПТСР
<i>Емоційний шлях</i>	Пошук ранніх спогадів через актуальну інтенсивну емоцію	Робота з депресивними та тривожними розладами
<i>Когнітивний шлях (переко- нання)</i>	Виявлення негативних ядерних вірувань про власну сутність	Лікування розладів особистості та низької самооцінки
<i>Соматичний шлях</i>	Орієнтація на незрозумілі фізичні симптоми або хронічний біль	Терапія соматоформних розладів та психосоматики

Особлива увага при ідентифікації цілей у сучасних дослідженнях приділяється так званим маленьким травмам, які можуть мати кумулятивний ефект, не менш руйнівний, ніж великі події. В умовах війни об'єктами часто стають не лише безпосередні загрози життю, а й моральні травми, пов'язані з неможливістю діяти відповідно до власних цінностей. Концептуальна інтеграція цих елементів дозволяє створити план лікування, який охоплює весь континуум досвіду, забезпечуючи перехід від дезадаптивної ізоляції до функціональної інтеграції особистості. Розуміння того, що ці компоненти є взаємопов'язаними частинами єдиної нейронної мережі, дозволяє терапевту ефективно керувати процесом десенсибілізації, досягаючи глибоких змін на всіх рівнях психічного функціонування.

5.3. Активація системи переробки інформації

Активація системи переробки інформації є центральним процесом, що забезпечує терапевтичну трансформацію травматичного досвіду. Цей механізм базується на використанні білатеральної стимуляції, яка ініціює природні нейрофізіологічні процеси інтеграції даних. Оскільки робоча пам'ять має обмежену ємність, одночасне виконання двох завдань – утримання емоційно насиченого спогаду та стеження за зовнішнім стимулом – призводить до конкуренції за когнітивні ресурси. Внаслідок цього травматичний образ втрачає свою яскравість та емоційну інтенсивність, стаючи менш загрозливим і більш піддатливим для оновлення.

Білатеральна стимуляція може набувати різних форм: від класичних рухів очей до аудіальних сигналів та тактильного постукування. Рухи очей активують специфічні зони середнього мозку, зокрема верхні горбки, які задіяні у регуляції уваги та орієнтувального рефлексу. Це сприяє синхронізації роботи півкуль головного мозку та посиленню зв'язку між мигдалеподібним тілом і префронтальною корою. Такий процес відновлює здатність індивіда до логічного аналізу події, яка раніше була заблокована афективним затопленням. Поряд із цим ритмічна стимуляція імітує процеси, що відбуваються під час фази швидкого сну, коли мозок природним чином переробляє інформацію за добу.

У практичній реалізації активація вимагає підтримки стану подвійної уваги. Пацієнт повинен залишатися заземленим у теперішньому моменті, відчуваючи безпеку терапевтичного простору, водночас дозволяючи своїй свідомості вільно переміщатися по асоціативних ланцюжках травматичного минулого. Це запобігає дисоціації та дозволяє працювати у межах вікна толерантності, де нейронні мережі залишаються відкритими для змін. Впровадження протоколів EMDR 2.0 в останні роки продемонструвало, що підвищення інтенсивності стимуляції та додавання складних когнітивних завдань під час переробки дозволяє досягти швидших результатів у випадках високої емоційної резистентності. Використання трирівневого завдання, яке включає утримання

спогаду, швидко візуальну стимуляцію та додаткові дії, як-от зворотний відлік, забезпечує максимальну деградацію спогаду на етапі його реконсолідації.

Варіативність стимулів, наприклад зміна траєкторії руху очей з горизонтальної на діагональну або кругову, значно посилює ефект десенсибілізації за рахунок непередбачуваності та підвищення концентрації уваги. Максимальне навантаження на робочу пам'ять забезпечує не лише зниження дистресу, але й зміну самої структури спогаду, що робить його менш доступним для патологічної активації у майбутньому. Це відкриває можливості для терапії не лише ПТСР, але й депресивних станів, де активація мереж, пов'язаних із румінаціями, дозволяє розірвати коло негативного мислення.

5.4. Фази EMDR-терапії

Перша фаза – збір анамнезу та планування терапії. Початковий етап EMDR-терапії виходить за межі простого збору клінічних даних, являючи собою складний процес концептуалізації випадку та ідентифікації об'єктів для подальшого опрацювання. На цій фазі терапевт та клієнт спільно розбудовують терапевтичний план, що охоплює три часові виміри: минулі події, які заклали фундамент патології; теперішні ситуації, що активують дистрес; та майбутні сценарії, що потребують адаптивного функціонування. Особливе значення має ретельний скринінг дисоціативних розладів та оцінка стабільності клієнта, особливо під час війни, коли фактори стресу можуть бути триваючими. Терапевт аналізує симптоматику як маніфестації неперероблених спогадів, що зберігаються у нейронних мережах. Процес вибору об'єктів базується на ієрархічному підході, де першочергова увага приділяється подіям з найбільш суттєвим впливом на поточне функціонування особистості.

Аналіз клінічної результативності десенсибілізації та репродукування рухом очей при різних типах травматизації дозволяє стверджувати про високу терапевтичну ефективність даного ме-

тоту. Травми учасників бойових дій, отримані під час війни, демонструють значну чутливість до терапії, де ветерани демонструють суттєве зниження дистресу після повного протоколу переробки. Вивчення анамнезу також включає оцінку внутрішніх та зовнішніх ресурсів клієнта, що є визначальним для вибору темпу терапії. Клієнти з дефіцитами емоційної регуляції потребують тривалішої підготовки, щоб уникнути емоційного затоплення під час фази переробки.

Друга фаза – підготовки – закладає основи безпеки всього терапевтичного процесу, оскільки вона забезпечує клієнта інструментами саморегуляції, необхідними для зустрічі з травматичним матеріалом. На цьому етапі терапевт здійснює психоосвіту, пояснюючи механізми дії EMDR та встановлюючи реалістичні очікування від лікування. Клієнт навчається технікам стабілізації, таким як створення безпечного місця, вправи на заземлення та методики контейнування дистресових емоцій. В умовах війни, коли безпека часто є зовнішньою дефіцитарною категорією, створення внутрішнього безпечного простору набуває особливого значення для підтримки психологічної цілісності індивіда. Формування довірливого терапевтичного альянсу є передумовою для переходу до наступних етапів, оскільки клієнт повинен бути впевненим у здатності терапевта надати підтримку під час інтенсивних афективних розрядів.

Важливим аспектом підготовки є інсталяція ресурсів, яка дозволяє зміцнити адаптивні нейронні мережі за допомогою коротких сетів білатеральної стимуляції. Використання образів захисних або турботливих фігур допомагає клієнту компенсувати дефіцити підтримки та розвинути здатність до самозаспокоєння. У практичній роботі під час війни фаза стабілізації може тривати значний час, особливо при роботі з комплексною травмою або дисоціативними станами, де швидкий перехід до переробки може призвести до дестабілізації. Терапевт постійно оцінює готовність клієнта, використовуючи спеціальні опитувальники або поведінкові індикатори здатності утримувати подвійну увагу – стан, за якого індивід одночасно усвідомлює травматичний спогад та присутність у безпечному поточному моменті. Цей етап завершу-

ється лише тоді, коли пацієнт демонструє достатній рівень емоційної витривалості для безпечного контакту з дезадаптивними мережами пам'яті.

Третя фаза – оцінка спогаду. Вона спрямована на точну активацію нейронної мережі, пов'язаної з конкретною травматичною подією, шляхом виокремлення її ключових компонентів. Клієнта просять визначити найбільш дистресовий образ події, а також негативну когніцію – ірраціональне самозвинувачення або відчуття власного безсилля, що виникло в момент травми. Паралельно формується позитивна когніція, яка відображає бажане ставлення до себе у зв'язку з цією подією в теперішньому часі. Для вимірювання суб'єктивного стану використовуються дві основні шкали: шкала суб'єктивних одиниць дистресу (SUD), що варіюється від нуля до десяти, та шкала достовірності когніції (VoC), що вимірюється від одного до семи. Ці інструменти дозволяють об'єктивізувати динаміку терапевтичного процесу та забезпечують зворотний зв'язок як для терапевта, так і для клієнта.

Четверта фаза – десенсибілізація. Під час неї відбувається активна трансформація травматичного матеріалу за допомогою білатеральної стимуляції. Клієнт зосереджується на об'єкті, одночасно виконуючи рухи очима, тапінг або прослуховуючи по чергові звукові сигнали. Цей процес активує механізми реконсолідації пам'яті, роблячи травматичний спогад лабільним та відкритим для змін. Одним із пояснень ефективності цього етапу є гіпотеза робочої пам'яті, яка стверджує, що подвійне завдання – утримання образу та стеження за стимулом – перевантажує когнітивну систему, що призводить до природного зниження інтенсивності емоцій та візуальної чіткості спогаду. Дослідження підкреслюють роль механізмів перемикання уваги, які активують дорсальну мережу уваги, сприяючи низхідному контролю над афективними реакціями.

П'ята фаза – інсталяція. Після успішного зниження дистресу розпочинається фаза інсталяції, метою якої є зміцнення зв'язку між опрацьованим спогадом та позитивною когніцією. За допомогою сетів білатеральної стимуляції терапевт допомагає клієнту інтегрувати нове, адаптивне переконання про себе у

структуру пам'яті. На відміну від позитивного мислення, інсталяція в EMDR базується на вже існуючих нейронних змінах, що відбулися під час десенсибілізації, тому нове переконання відчувається клієнтом як глибоко істинне. Процес триває до досягнення максимального показника за шкалою достовірності когніції, що означає повне прийняття нової ідентичності у контексті минулого досвіду. Під час війни цей етап часто фокусується на відновленні почуття суб'єктності та внутрішньої сили, що було втрачено внаслідок травматизації.

Шоста фаза – сканування тіла, є остаточним етапом верифікації успішності переробки. Клієнта просять утримувати в пам'яті подію разом із позитивною когніцією та подумки просканувати все тіло на наявність будь-якого залишкового напруження чи дискомфорту. Це важливо, оскільки соматичні реакції часто є останнім притулком травматичної пам'яті, навіть коли когнітивно клієнт відчувається краще. Будь-яке виявлене тілесне напруження стає об'єктом для додаткових коротких сетів переробки. Повна відсутність соматичних скарг свідчить про те, що інформація була повністю інтегрована на всіх рівнях – від інтелектуального до фізіологічного. Такий комплексний підхід гарантує стійкість результатів та запобігає поверненню симптомів у формі психосоматичних розладів.

Сьома фаза – завершення. Вона відповідає за стабілізацію стану клієнта наприкінці кожної сесії, незалежно від того, чи було опрацювання об'єкту завершене повністю. Терапевт дає інструкції щодо самодопомоги між сесіями, пояснюючи, що процес переробки може тривати підсвідомо, проявляючись у нових снах чи інсайтах. Використовуються техніки контейнування для герметизації незавершеного матеріалу до наступної зустрічі, що є важливим для підтримки соціального функціонування клієнта, особливо під час війни, коли повсякденні обов'язки вимагають високого рівня концентрації. Безпечне завершення сесії є етичним обов'язком терапевта, що запобігає емоційному виснаженню клієнта.

Восьма фаза – повторна оцінка, відбувається на початку наступної сесії та виступає як міст між етапами терапії. Моніторинг

результатів у даному контексті охоплює декілька векторів аналізу. Перевірка стійкості опрацювання здійснюється шляхом повторного вимірювання показників дистресу та достовірності когніції для раніше пропрацьованого об'єкту. Аналіз міжсесійного досвіду дозволяє виявити нові аспекти травматичного матеріалу через розгляд сновидінь та емоційних реакцій, а також відсутність інтрузій чи нових тригерів у повсякденні. Верифікація соматичного стану через повторне сканування тіла при згадці про подію гарантує збереження фізичного розслаблення. Нарешті, оцінка загального функціонування клієнта вказує на якісні зміни в поведінці та міжособистісних стосунках, що свідчить про покращення адаптивності та якості життя. Такий ітераційний процес забезпечує системність лікування та дозволяє поступово очистити всі пласти травматичного досвіду, створюючи умови для посттравматичного зростання та зміцнення психологічної стійкості.

Окремим напрямом є дослідження ефективності групових протоколів під час війни, де результати демонструють значне зниження показників психологічного дистресу у постраждалих осіб. Впровадження інноваційних методик, таких як техніки швидкої експозиції або цифрові платформи для білатеральної стимуляції, розширює доступність допомоги в умовах обмежених ресурсів. Наукова спільнота продовжує дискутувати щодо ролі специфічних рухів очей порівняно з іншими формами стимуляції, проте консенсус схиляється до того, що саме механізм перемикання уваги виступає основним фактором терапевтичної трансформації. Таким чином, EMDR утверджується як терапевтична процедура з власною методологією та потужним доказовим базисом.

Питання для самоперевірки

1. Як модель адаптивної переробки інформації пояснює механізми виникнення патогенних (стан-специфічних) спогадів в умовах екстремального стресу?
2. У чому полягає нейробіологічна сутність функціональної дисоціації між гіпокампом та мигдалеподібним тілом під час травматичної події?

3. Яким чином здійснюється диференціація між нормальними епізодичними спогадами та ізольованими травматичними структурами у парадигмі EMDR?

4. Які структурні компоненти (візуальні, когнітивні, афективні, соматичні) утворюють багатовимірний конгломерат об'єкта терапевтичного впливу?

5. У чому полягає клінічна доцільність та специфіка використання соматичного шляху як стратегії пошуку об'єкта терапії?

6. Як конкуренція за ресурси робочої пам'яті під час білатеральної стимуляції сприяє деградації травматичного образу та зниженню його емоційної інтенсивності?

7. Яку роль відіграють верхні горбки середнього мозку в процесі активації орієнтувального рефлексу та синхронізації півкуль під час рухів очей?

8. Які переваги надає впровадження протоколів EMDR 2.0 (зокрема, тривірневого завдання) для подолання високої емоційної резистентності клієнта?

9. Які три ключові часові виміри (минуле, теперішнє, майбутнє) повинен охоплювати терапевтичний план під час збору анамнезу на першій фазі лікування?

10. Чому фаза підготовки та інсталяції ресурсів є критично важливою передумовою для уникнення емоційного затоплення при роботі з комплексною травмою в умовах війни?

11. Яким чином використання шкал SUD (суб'єктивні одиниці дистресу) та VoC (достовірність когніції) забезпечує об'єктивізацію динаміки переробки на третій фазі?

12. Як механізми перемикання уваги під час фази десенсибілізації активують дорсальну мережу уваги, сприяючи низхідному контролю над афектом?

13. У чому полягає фундаментальна відмінність між інсталяцією позитивної когніції в EMDR-терапії та застосуванням технік звичайного «позитивного мислення»?

14. Чому соматичні реакції розглядаються як «останній притулок травматичної пам'яті», і яка роль фази сканування тіла у верифікації інтеграції досвіду?

15. Які вектори клінічного аналізу охоплює фаза повторної оцінки для забезпечення системності лікування та досягнення посттравматичного зростання?

Тести для самоконтролю

1. Відповідно до моделі адаптивної переробки інформації, психопатологія розглядається насамперед як:

- а) вроджена біологічна аномалія будови головного мозку
- б) наслідок заблокованої переробки травматичного досвіду
- в) проста умовно-рефлекторна реакція на негативну подію
- г) результат свідомого витіснення конфліктних бажань

2. Під час травматичної події спостерігається зниження активності гіпокампа, що обумовлено:

- а) структурним пошкодженням префронтальної кори
- б) дефіцитом нейромедіатора серотоніну
- в) надлишком кортизолу
- г) гіпоактивністю мигдалеподібного тіла

3. Яка характеристика є визначальною для патогенних (стан-специфічних) спогадів?

а) вони завжди мають чітку вербальну форму
б) вони позбавлені концептуального контексту та сприймаються як такі, що відбуваються «тут і зараз»

- в) вони легко інтегруються в загальні адаптивні мережі пам'яті
- г) вони зберігаються виключно у вигляді логічних конструктів

4. Негативна когніція як компонент об'єкта терапії являє собою:

- а) об'єктивну оцінку події оточуючими
- б) ірраціональне самовизначення, яке є частиною фізіологічного запису події

в) свідому брехню пацієнта для привернення уваги
г) тимчасовий настрій перед початком сесії

5. Який шлях пошуку об'єкта терапії є найбільш клінічно доцільним при роботі з розладами особистості та низькою самооцінкою?

- а) шлях інтрузій
- б) соматичний шлях
- в) когнітивний шлях (через переконання)
- г) виключно експозиційний шлях

6. Гіпотеза робочої пам'яті пояснює ефективність білатеральної стимуляції тим, що:

а) відбувається гіпнотичне навіювання позитивних установок
б) подвійне завдання перевантажує когнітивну систему, знижуючи яскравість образу

- в) стимулюється вироблення ендорфінів у спинному мозку
- г) пацієнт повністю забуває травматичну подію

7. Рухи очей під час EMDR-терапії сприяють активації орієнтувального рефлексу через вплив на:

- а) верхні горбки середнього мозку
- б) мозочок
- в) потиличну частку кори великих півкуль
- г) гіпоталамус

8. Впровадження протоколів EMDR 2.0 характеризується:

- а) повною відмовою від білатеральної стимуляції
- б) переходом до виключно фармакологічного лікування
- в) підвищенням інтенсивності стимуляції та додаванням складних когнітивних завдань (трирівневе завдання)

г) фокусуванням виключно на дитячих спогадах до 3 років

9. Терапевтичний план в EMDR (перша фаза) має обов'язково охоплювати такі часові виміри:

- а) лише минулі події
- б) лише актуальні тригери сьогодення
- в) минулі події, теперішні ситуації та майбутні сценарії
- г) минуле життя індивіда та історію його роду

10. На фазі підготовки (друга фаза) створення безпечного простору та інсталяція ресурсів слугують для:

- а) відволікання пацієнта від реального лікування
- б) розвитку здатності до самозаспокоєння та запобігання емоційному затопленню
- в) формування залежності клієнта від терапевта
- г) повної заміни процесу переробки травми

11. На третій фазі (оцінка) позитивна когніція повинна бути сформульована:

- а) у минулому часі як констатація факту
- б) у теперішньому часі як функціонально корисне переконання
- в) у майбутньому часі як недосяжна мрія
- г) у вигляді заперечення (з часткою «не»)

12. Шкала суб'єктивних одиниць дистресу, що використовується для об'єктивізації стану пацієнта, варіюється в межах:

- а) від 1 до 7
- б) від 0 до 100
- в) від 0 до 10
- г) від 1 до 5

13. Активна трансформація травматичного матеріалу за допомогою білатеральної стимуляції, що робить спогад лабільним, відбувається на фазі:

- а) збору анамнезу
- б) десенсибілізації
- в) підготовки
- г) завершення

14. Дослідження підкреслюють, що під час десенсибілізації механізми перемикання уваги активують дорсальну мережу уваги, що сприяє:

- а) низхідному контролю над афективними реакціями
- б) висхідному посиленню панічних атак
- в) повному блокуванню кортизолу г) розвитку стійкої дисоціації

15. Метою п'ятої фази (інсталяції) є:

- а) навчання клієнта технікам дихання
- б) зміцнення зв'язку між опрацьованим спогадом та позитивною

когніцією

- в) виявлення нових травматичних об'єктів
- г) оцінка соматичного напруження

16. Фаза інсталяції вважається успішно завершеною, коли:

- а) показник SUD досягає максимуму
- б) показник VoC досягає максимального значення (повне прийняття нової ідентичності)

- в) клієнт починає плакати
- г) сесія триває більше однієї години

17. Чому шоста фаза (сканування тіла) є критично важливою для верифікації результатів?

- а) вона замінює медичний огляд
- б) соматичні реакції часто є останнім притулком травматичної пам'яті

- в) вона допомагає виявити органічні ураження мозку
- г) це єдина фаза, де застосовується білатеральна стимуляція

18. Використання технік контейнування для герметизації незавершеного матеріалу є ключовим завданням фази:

- а) оцінки
- б) інсталяції
- в) завершення
- г) повторної оцінки

19. Повторна оцінка (восьма фаза) відбувається:

- а) у середині кожної сесії
- б) на початку наступної сесії як міст між етапами терапії
- в) виключно через рік після закінчення терапії
- г) лише за бажанням клієнта шляхом телефонного дзвінка

20. В умовах війни об'єктами EMDR-терапії часто стають «моральні травми», які концептуалізуються як:

- а) виключно фізичні поранення середньої тяжкості
- б) травми, пов'язані з неможливістю діяти відповідно до власних цінностей
- в) генетично успадковані страхи
- г) симуляція симптомів з метою уникнення служби

Тема 6.

ОСНОВИ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

- 6.1. *Поняття про групову психотерапію, її переваги та обмеження.*
- 6.2. *Загальна характеристика психотерапевтичних груп.*
- 6.3. *Поняття групової динаміки та її складові.*

6.1. Поняття про групову психотерапію, її переваги та обмеження

Групова психотерапія постає як складна та багатогранна модальність психологічного втручання, що базується на використанні міжособистісної взаємодії в межах структурованого соціального середовища для досягнення терапевтичних цілей. На відміну від індивідуального формату, де фокус уваги зосереджений на стосунках між клієнтом та терапевтом, груповий підхід розглядає групу як цілісну динамічну систему, що функціонує як агент змін. У сучасному науковому дискурсі групова психотерапія визначається не як сукупність паралельних індивідуальних процесів, а як унікальне реляційне поле, де терапевтичні чинники активуються через синергію учасників. Групова терапія є еквівалентною за ефективністю індивідуальній для широкого спектру психічних розладів, зокрема депресії, тривожних станів та розладів особистості.

Фундаментальною перевагою групової психотерапії є можливість побудови соціального мікрокосму, де учасники відтворюють свої типові міжособистісні стратегії та поведінкові патерни в реальному часі. Це дозволяє здійснювати безпосереднє спостереження та аналіз дезадаптивних форм взаємодії, які зазвичай залишаються прихованими в умовах штучно ізольованої діади. Група надає учасникам унікальний досвід універсальності, який

полягає в усвідомленні того, що їхні страждання та внутрішні конфлікти не є поодинокими чи ганебними. Це відчуття спільності критично знижує рівень соціальної ізоляції та самостигматизації, що набуває особливої ваги під час війни, коли індивідуальна травма часто переплітається з колективним болем.

Економічна доцільність та рентабельність методу роблять його пріоритетним у системах громадської охорони здоров'я, дозволяючи надавати допомогу значній кількості пацієнтів за менших ресурсних витрат. Група сприяє інстиляції надії через спостереження за прогресом інших учасників, що активує внутрішні ресурси самозцілення. У малих групах від п'яти до дев'яти осіб спостерігається інтенсивніша взаємодія та вищий рівень зворотного зв'язку, що пришвидшує досягнення терапевтичного альянсу. Водночас великі групи забезпечують ширше розмаїття перспектив та більше можливостей для вікарного навчання та соціального моделювання. Проте використання рутинного моніторингу результатів у групових умовах вимагає від терапевта здатності реагувати на зворотний зв'язок пацієнтів таким чином, щоб підтримувати їхнє почуття суб'єктності.

Обмеження групової психотерапії пов'язані з інтенсивністю групової напруги та складністю управління конфіденційністю в розширеному міжособистісному колі. Для певних категорій клієнтів, зокрема осіб у стані гострого психозу, пацієнтів із вираженими антисоціальними рисами або тих, хто потребує безперервної індивідуальної уваги, груповий формат може бути передчасним. Існує також ризик негативного міжособистісного моделювання або виникнення явища цапа-відбувайла, коли група проектує власну агресію на одного з учасників. Надмірна кількість учасників може призводити до соціального неробства, коли окремі члени втрачають мотивацію до активної роботи, покладаючись на загальну активність. Впровадження моніторингу результатів може посилювати відчуття згуртованості та залученості, але водночас сповільнювати редукцію симптомів депресії у порівнянні з традиційними методами, що вказує на складний діалектичний зв'язок між процесуальними характеристиками та клінічним виходом.

У контексті сучасної клінічної практики під час війни роль груп стає значущою для відновлення зруйнованих соціальних зв'язків. Група виступає як надійний контейнер для обробки інтенсивних афектів, які важко інтегрувати наодинці. Групова терапія травми дозволяє учасникам реконструювати власну ідентичність через визнання їхнього досвіду спільноту. Однак варто пам'ятати, що груповий формат вимагає від учасників певного рівня еґо-сили для того, щоб витримувати присутність інших та надавати конструктивний зворотний зв'язок.

6.2. Загальна характеристика психотерапевтичних груп

Класифікація психотерапевтичних груп за критерієм формату членства виділяє *закриті та відкриті групи*, кожна з яких має унікальні динамічні характеристики. Закриті групи, що характеризуються стабільним складом учасників від початку до завершення процесу, демонструють лінійну фазову прогресію: від орієнтації та обережності до продуктивної стадії та етапу завершення. Такі групи сприяють швидшій індукції згуртованості та інтенсивному міжособистісному дослідженню, що корелює з глибокими інтрапсихічними змінами. Натомість відкриті групи забезпечують високу доступність допомоги та гнучкість, допускаючи приєднання нових учасників у будь-який час. Це створює умови для розвитку соціальної гнучкості та адаптивності, хоча й вимагає постійної реструктуризації групового поля. Сучасні порівняльні дослідження вказують на відсутність глобальної переваги одного формату над іншим у редукції симптомів, проте підкреслюють різницю у факторах впливу: закриті групи фокусуються на інсайті, тоді як відкриті – на тренуванні соціальних навичок та активності.

Важливим вектором класифікації є розподіл на травмо-фокусовані та не травмо-фокусовані групи, що набуло особливого значення в умовах війни. Травмо-фокусований підхід передбачає безпосередню роботу зі спогадами про психотравмуючі події,

використовуючи техніки експозиції або когнітивної переробки. Не травмо-фокусовані моделі зосереджені на стабілізації стану, розвитку навичок копіngu та ресурсності в теперішньому моменті. Таке розділення є прагматичним, оскільки дозволяє адаптувати втручання до актуального рівня его-сили пацієнтів та уникати ретравматизації. Окремо виділяються психоосвітні групи, спрямовані на передачу знань та навчання конкретним навичкам саморегуляції, та терапевтичні групи, орієнтовані на глибинну особистісну трансформацію та опрацювання міжособистісних конфліктів.

Сучасні етичні стандарти інтегрують у правила роботи принципи інтерсекційності та соціальної справедливості. Це передбачає свідоме управління динамікою влади та привілеїв у групі. Терапевти повинні встановлювати норми, що запобігають мікроагресіям та маргіналізації окремих учасників через їхню ідентичність. Замість традиційного директивного контролю, лідер використовує техніку «calling in» (запрошення до дослідження), що дозволяє перетворювати напружені моменти, пов'язані з соціокультурними відмінностями, на можливості для спільного зростання. Таким чином, правила роботи в групі еволюціонують від формальних обмежень до динамічної системи етичної підтримки, що забезпечує інклюзивність та безпеку кожного учасника у складні часи соціальних потрясінь.

Терапевтична зміна в групі репрезентує собою системний процес, де завдання в пізнавальній, емоційній та поведінковій сферах виступають не як ізольовані блоки, а як взаємодоповнюючі вектори трансформації особистості. У пізнавальній сфері ключовим завданням постає розвиток рефлексивної здатності та менталізації, що дозволяє учасникам перейти від імпульсивного відігравання афектів до їхнього усвідомлення та вербалізації. Група функціонує як складне дзеркало, де через зворотний зв'язок учасники отримують можливість виявити свої когнітивні викривлення та дисфункціональні внутрішні репрезентації стосунків. Важливим аспектом пізнавальної роботи є трансформація епістемічної вігільності (надмірної настороженості щодо нової інформації) в епістемічну довіру. Спостереження за взаємодією

терапевта з іншими членами групи дозволяє пацієнтам знизити захисну пильність та стати більш відкритими до сприйняття нових смислів, що критично важливо для подолання депресивних та тривожних станів.

В емоційній сфері центральним завданням постає ко-регуляція афекту та створення корективного емоційного досвіду. В умовах війни, коли пацієнти часто стикаються з нестерпними травматичними переживаннями, група репрезентує собою нейробиологічний контейнер, що допомагає інтегрувати невимовні рани. Використання реляційної нейрофізіологічної моделі мозку, керованого страхом, дозволяє терапевтам сприяти синхронії між учасниками, де емоційна стійкість одного члена групи допомагає стабілізувати стан іншого через механізми лімбічного резонансу. Завданням терапії також є опрацювання специфічних афектів, таких як сором та провина, пов'язана з моральною шкодою. Програма травма-інформованого зниження почуття провини, адаптована для групового формату, фокусується на дебрифінгу когнітивних помилок, таких як упередження заднього огляду, що дозволяє учасникам реконструювати свою роль у травматичних подіях без нищівного самозвинувачення. Поряд із цим, розвиток емоційної гнучкості зумовлює здатність учасників не застряти в негативних переживаннях, а швидше повертатися до стану психологічного гомеостазу після зовнішніх стресових викликів.

Поведінкові завдання групової терапії спрямовані на подолання унікаючої поведінки та розвиток міжособистісної компетентності в безпечному просторі соціальної лабораторії. Інтерактивно-поведінковий тренінг, що поєднує когнітивно-поведінкові техніки з груповим процесом, акцентує увагу на імітаційній поведінці та соціальному моделюванні. Учасники вчать не просто відтворювати навички спілкування, а внутрішньо привласнювати нові соціальні моделі через рольові ігри та безпосередній зворотний зв'язок. Важливим завданням є поведінкова активація, де група виступає як фактор підтримки та підзвітності у виконанні завдань, спрямованих на відновлення життєвої активності та залученості в соціальне життя. В умовах війни особливого зна-

чення набуває розвиток особистої відповідальності та здатності до альтруїстичних дій. Усвідомлення свого впливу на інших учасників та можливість надати підтримку колезі по групі сприяє зміцненню самооцінки та подоланню почуття безпорадності, що є фундаментом посттравматичного зростання.

6.3. Поняття групової динаміки та її складові

Психотерапевтична група постає як складна відкрита система, що характеризується постійним обміном енергією та інформацією як всередині структури, так і з зовнішнім середовищем. Загальна характеристика такої групи включає її склад, мету, тривалість та теоретичну спрямованість. Фундаментальним концептом, що пояснює життєдіяльність групи, є групова динаміка, яка охоплює сукупність взаємопов'язаних процесів, що відбуваються в групі в кожний момент часу. У терапевтичному просторі одночасно діють три вектори сил: індивідуальна динаміка кожного члена, міжособистісна взаємодія в підгрупах та загальна групова динаміка як цілісного організму. Важливою особливістю сучасної динаміки є перехід до клієнтоцентрованої комунікації, де перспектива пацієнта, його досвід та вподобання стають центральними для ефективної терапії.

Центральним елементом групової динаміки є поняття *групової згуртованості*. Згуртованість постає як спільний комунікативний простір, психологічна мережа, що об'єднує учасників та лідера в єдину смислову структуру. Саме через згуртованість здійснюється резонанс переживань, де емоційний стан одного учасника активує схожі досвіди в інших. Це створює умови для глибокої емпатії та менталізації, коли члени групи вчаться розпізнавати як власні почуття, так і приховані мотиви оточуючих. Особливе значення має функція безпеки, яка забезпечує виживання, сприяє відновленню, стимулює дослідження та уможливорює інтеграцію досвіду. Безпека в групі не є статичним станом; вона вимагає постійної модуляції відповідно до фаз розвитку та індивідуальних потреб учасників.

Поняття *групової динаміки* охоплює комплекс колективних дій та інтеракцій, що формуються внаслідок взаємин учасників, їхньої спільної активності та впливу зовнішнього середовища, відображаючи еволюцію групи в часі. До ключових складових цього феномену належать групові завдання та норми, її формальна і неформальна організація, специфіка лідерства, розподіл ролей, рівень згуртованості, наявність групової напруги, а також стадії групового розвитку.

Специфіка *завдань групи* детермінується загальною концепцією практичної взаємодії з її членами. Вони спрямовані на аналіз психологічних труднощів кожного індивіда з подальшим наданням йому допомоги, трансформацію неадаптивних поведінкових патернів для успішної соціальної інтеграції, а також засвоєння закономірностей міжособистісної взаємодії задля оптимізації комунікативних процесів. Крім того, цілі охоплюють стимулювання особистісного зростання, розкриття внутрішнього потенціалу, досягнення стану суб'єктивного благополуччя та нівелювання патологічних симптомів, пов'язаних із різноманітними емоційними розладами.

Групові норми являють собою затверджені стандарти поведінки, які регламентують активність учасників і передбачають систему санкцій у разі їх порушення. Важливою умовою є те, що покарання мають обговорюватися та узгоджуватися самим колективом, а не нав'язуватися його керівником. Базові принципи функціонування психотерапевтичних спільнот базуються на відвертості, відмові від використання ярликів, забезпеченні конструктивного зворотного зв'язку, самоконтролі, відповідальності, дотриманні конфіденційності, толерантності та застосуванні правила «стоп».

Структурна організація колективу має подвійний характер, поєднуючи формальний вимір, що включає тренера та клієнтів, із неформальним, який формується завдяки міжособистісним контактам. Вона тісно корелює з рольовим розподілом та соціометричним статусом індивідів, які здатні трансформуватися в міру розвитку групи та поглиблення взаємодії. Групові ролі відображають моделі поведінки, які сприймаються учасниками як такі, що відповідають спільним інтересам.

У науковому дискурсі Р. Шиндлер виокремлює кілька типових амплуа, серед яких фігурує *лідер*, що надихає колектив та організовує його діяльність; раціональний та самокритичний експерт із необхідними компетенціями; пасивні конформісти, які схильні зберігати анонімність та ідентифікувати себе з лідером; а також дистанційований індивід, що відсторонюється через внутрішній страх чи власну інакшість. Водночас Я. Морено запропонував типологізацію лідерських позицій, виділивши керівника за здібностями, якому притаманні раціональність, інтелігентність та надійність; лідера за популярністю, що вирізняється комунікабельністю та сердечністю; а також позицію «чорної вівці» – негативно налаштованого, байдужого учасника, який викликає неприйняття в інших.

Групова згуртованість трактується як ступінь привабливості спільноти для її членів, їхня потреба у спільній діяльності та наявність взаємної симпатії. Цей феномен розглядається як аналог терапевтичного альянсу між фахівцем і клієнтом в індивідуальній практиці. За концепцією С. Кратохвіла, каталізаторами згуртованості виступають задоволення актуальних і потенційних потреб учасників, гармонізація групових та особистих цілей, очікування користі, мотивація, сприятливий психологічний клімат, статусність групи та фактор міжгрупової конкуренції.

Паралельно з цим може виникати групова напруга, зумовлена дисонансом між очікуваннями та реальною ситуацією, зіткненням інтересів, необхідністю узгоджувати власні установки з позиціями інших або актуалізацією болючих переживань. Хоча напруга часто маніфестується через агресію, роздратування, страх чи відчуження, вона одночасно виконує важливу стимулюючу функцію, спонукаючи колектив до активності та необхідних змін.

Структурування динамічних процесів передбачає виокремлення трьох базових рівнів функціонування. *Перший рівень* фокусується на окремій особистості та її внутрішньопсихічній динаміці, коли увага терапевта і спільноти зосереджується на проблемах конкретного індивіда. *Другий рівень* охоплює сферу міжособистісної взаємодії, акцентуючи увагу на системі відно-

син між учасниками та ведучим. *Третій рівень* стосується аналізу ситуації та динаміки групи як цілісного механізму, де головним об'єктом дослідження стають колективні ініціативи та загальногрупові дії.

Важливою складовою динаміки є також *групова напруга*, яка виникає через зіткнення індивідуальних прагнень та групових очікувань. Напруга слугує необхідним стимулом для розвитку, проте її надмірний рівень може призвести до хаотизації процесів. Терапевт, виконуючи роль провідника, має регулювати рівень напруги, перетворюючи її на продуктивну енергію дослідження. Як зазначають сучасні автори, групова динаміка також включає процеси соціальної несвідомості, де через учасників проявляються колективні страхи та травми суспільства. Взаємодія між особистісними рисами учасників та груповим контекстом створює унікальний реляційний візерунок, де згуртованість виступає як антидот до ізоляції, а міжособистісне навчання – як механізм корекції дезадаптивних схем.

Питання для самоперевірки

1. Як у сучасному науковому дискурсі визначається специфіка групової психотерапії порівняно з індивідуальним форматом через концептуалізацію реляційного поля та синергії учасників?

2. Яким чином феномен «соціального мікрокосму» сприяє ідентифікації, безпосередньому спостереженню та аналізу дезадаптивних поведінкових патернів учасників терапевтичної групи?

3. У чому розкривається терапевтичний потенціал досвіду універсальності та як він детермінує зниження рівня самостигматизації в умовах переплетення індивідуальної та колективної травми під час війни?

4. Які психологічні механізми лежать в основі виникнення феномену «цапа-відбувайла» в груповій динаміці та які ризики соціального неробства виникають при розширенні міжособистісного кола?

5. У чому полягає складний діалектичний зв'язок між процесуальними характеристиками групи (зокрема рівнем згуртованості) та клінічним виходом при імплементації рутинного моніторингу результатів?

6. Які фундаментальні динамічні відмінності та специфічні вектори терапевтичного впливу притаманні відкритим та закритим психотерапевтичним групам згідно з даними сучасних порівняльних досліджень?

7. Чим обґрунтована прагматична необхідність диференціації на травмо-фокусовані та не травмо-фокусовані моделі роботи в контексті оцінки актуального рівня его-сили пацієнтів та превенції ретравматизації?

8. Яким чином принципи інтерсекційності та соціальної справедливості інтегруються в етичний простір групової терапії шляхом застосування техніки «calling in» замість традиційного директивного контролю?

9. Як у пізнавальній сфері терапевтичної зміни відбувається трансформація епістемічної вігільності в епістемічну довіру через механізми спостереження за моделями взаємодії?

10. Яку функцію виконує нейробіологічний контейнер групи та як феномен лімбічного резонансу забезпечує ко-регуляцію афекту при опрацюванні інтенсивних травматичних переживань?

11. Як адаптована програма травма-інформованого зниження почуття провини сприяє реструктуризації травматичного досвіду шляхом дебрифінгу такої когнітивної помилки, як упередження заднього огляду?

12. У який спосіб інтерактивно-поведінковий тренінг забезпечує не лише відтворення, а й глибинне внутрішнє привласнення нових соціальних моделей через інструментарій імітаційної поведінки?

13. Яким чином групова згуртованість, розглядаючись як аналог терапевтичного альянсу, формує єдину смислову структуру та стимулює здатність учасників до менталізації?

14. У чому полягає диференціація лідерських позицій за типологією Я. Морено (керівник за здібностями, лідер за популярністю) порівняно з ампула експерта та конформіста в концептуалізації Р. Шиндлера?

15. Як структурування динамічних процесів на трьох базових рівнях взаємодіє з явищами соціальної несвідомості, уможливаючи прояв колективних страхів та травм суспільства через окремих учасників?

Тести для самоконтролю

1. Групова психотерапія в сучасному науковому дискурсі концептуалізується насамперед як:

а) сукупність паралельних індивідуальних процесів у замкненому просторі

б) ізольована діадична взаємодія між різними клієнтами
в) унікальне реляційне поле, де терапевтичні чинники активуються через синергію учасників

г) механічне об'єднання індивідів без формування спільної динаміки

2. Фундаментальна перевага групової терапії, що полягає у відтворенні учасниками своїх типових міжособистісних стратегій в реальному часі, визначається поняттям:

- а) побудова соціального мікрокосму
- б) розвиток епістемічної вігільності
- в) стимулювання соціального неробства
- г) індукція лімбічного резонансу

3. Досвід універсальності в терапевтичному груповому процесі сприяє тому, що пацієнти:

а) отримують можливість повністю делегувати відповідальність іншим

б) усвідомлюють, що їхні страждання та внутрішні конфлікти не є поодинокими чи ганебними

в) фіксуються на відчутті власної психологічної винятковості та ізольованості

г) уникають будь-якого емоційного контакту задля безпеки

4. Деструктивний феномен «цапа-відбувайла» в динаміці терапевтичної групи виникає внаслідок того, що:

- а) група проєктує власну агресію на одного з учасників
- б) окремих учасників демонструє надмірну альтруїстичну поведінку
- в) терапевт застосовує директивну форму управління
- г) рівень довіри та менталізації досягає максимуму

5. Ефект «соціального неробства», притаманний надмірно великим групам, проявляється як:

- а) гіперактивність та конкуренція всіх членів спільноти
- б) інтенсивне вікарне навчання без втрати залученості
- в) втрата мотивації до активної роботи окремими членами з покладанням на загальну активність
- г) аномальне прискорення редукції депресивних симптомів

6. На відміну від відкритих систем, закриті терапевтичні групи характеризуються тим, що:

а) фокусуються переважно на адаптивності та тренуванні соціальних навичок

б) демонструють лінійну фазову прогресію та фокусуються на глибокому інсайті

в) допускають вільне та хаотичне приєднання нових учасників у будь-який час

г) уникають етапів орієнтації, обережності та стадії завершення

7. Не травмо-фокусовані моделі психотерапевтичної роботи в умовах війни концептуально спрямовані на:

а) інтенсивне використання технік пролонгованої експозиції

б) безпосередню роботу зі спогадами про психотравмуючі події

в) стабілізацію стану, розвиток навичок копінгу та ресурсності в теперішньому моменті

г) радикальну когнітивну переробку глибинних травм

8. Управління динамікою влади та системне запобігання мікроагресіям у сучасній груповій терапії здійснюється завдяки інтеграції принципів:

а) дистанційованого спостереження

б) інтерсекційності та соціальної справедливості

в) жорсткого та беззаперечного директивного контролю

г) епістемічної вігільності

9. Техніка «calling in» (запрошення до дослідження), що застосовується лідером групи, дозволяє:

а) формалізувати та посилити маргіналізацію окремих учасників

б) перетворити напружені моменти соціокультурних відмінностей на можливості для спільного зростання

в) безповоротно виключити учасника з групи за порушення норм конфіденційності

г) нівелювати будь-які прояви групової динаміки та згуртованості

10. Для переходу від імпульсивного відігравання афектів до їхнього усвідомлення та вербалізації у пізнавальній сфері терапевтичної зміни критично важливим є розвиток:

а) рефлексивної здатності та менталізації

б) захисної вігільності

в) упередження заднього огляду

г) механізмів унікаючої поведінки

11. Ко-регуляція афекту, за якої емоційна стійкість одного учасника сприяє стабілізації стану іншого, спирається на нейробіологічний механізм:

а) соціального неробства

б) когнітивної переробки

в) лімбічного резонансу

г) епістемічної недовіри

12. Адаптована програма травма-інформованого зниження почуття провини передбачає дебрифінг такої специфічної когнітивної помилки, як:

- а) дихотомічне мислення
- б) упередження заднього огляду
- в) соціальне моделювання
- г) епістемічна вігільність

13. Інтерактивно-поведінковий тренінг у групі стимулює внутрішнє привласнення нових соціальних моделей завдяки використанню:

- а) ізольованої глибокої інтроспекції без зворотного зв'язку
- б) пасивного прослуховування лекційного матеріалу
- в) рольових ігор, імітаційної поведінки та безпосереднього зворотного зв'язку
- г) директивного втручання та жорстких санкцій

14. Групова згуртованість у парадигмі групової динаміки розглядається як спільний комунікативний простір та виступає як аналог:

а) індивідуального супротиву
б) терапевтичного альянсу між фахівцем і клієнтом в індивідуальній практиці

- в) явища «цапа-відбувайла»
- г) формальної адміністративної організації

15. Базові принципи функціонування психотерапевтичних спільнот визначають, що санкції за порушення групових норм мають:

- а) визначатися та наві'язуватися виключно керівником (терапевтом)
- б) бути відсутніми задля уникнення фрустрації учасників
- в) обговорюватися та узгоджуватися самим колективом
- г) застосовуватися лише до «чорної вівці»

16. Відповідно до наукового дискурсу та типології Р. Шиндлера, ампула учасника, що вирізняється раціональністю та самокритичністю, позначається як:

- а) лідер, що надихає колектив
- б) пасивний конформіст
- в) дистанційований індивід
- г) експерт із необхідними компетенціями

17. Типологізація лідерських позицій Я. Морено передбачає наявність «керівника за здібностями», якому фундаментально притаманні:

- а) виражена комунікабельність та сердечність
- б) раціональність, інтелігентність та надійність
- в) байдужість, що викликає неприйняття в інших
- г) схильність зберігати анонімність та пасивність

18. Згідно з концептуалізацією С. Кратохвіла, потужними каталізаторами групової згуртованості виступають:

а) фактор міжгрупової конкуренції, гармонізація цілей та очікування користі

б) максимальна хаотизація динамічних процесів

в) повна відсутність групової напруги та конфліктів

г) соціальне неробство та маргіналізація інакомислячих

19. Структурування динамічних процесів на третьому рівні функціонування передбачає:

а) виключний фокус на внутрішньопсихічній динаміці конкретного індивіда

б) аналіз системи міжособистісних відносин у підгрупах

в) аналіз ситуації та динаміки групи як цілісного механізму, колективних ініціатив

г) оцінку ефективності суто адміністративних рішень

20. У контексті глибинної динаміки, процеси соціальної несвідомості в терапевтичному просторі віддзеркалюють:

а) генетичну детермінованість поведінкових розладів

б) виключно особистісні травми психотерапевта

в) колективні страхи та травми суспільства, що проявляються через учасників

г) економічну рентабельність методу в системах охорони здоров'я

Тема 7.

ОСНОВИ ПСИХОДРАМИ

7.1. Поняття про психодраму, її мета і завдання.

7.2. Основні елементи психодрами.

7.3. Ключові компоненти психодрами.

7.4. Форми і фази психодрами.

7.5. Основні психодраматичні техніки.

7.1. Поняття про психодраму, її мета і завдання

Психодрама постає у сучасному психологічному дискурсі як фундаментальний метод групової терапії, що базується на драматичному розігруванні внутрішнього світу індивіда з метою дослідження істини людських взаємин та психічних процесів через дію. Цей підхід інтегрує філософські, соціологічні та психологічні теорії, спрямовуючи їх на розвиток спонтанності та креативності особистості в умовах безпечного терапевтичного середовища. Епістемологічне коріння психодрами сягає концепції міжособистісної терапії, де ключовим стає динамічний зв'язок між учасниками групи, що створює простір для трансформації соціальних репрезентацій та резонансу емоційних переживань. У своїй основі психодрама відходить від традиційних методів вербальної терапії, пропонуючи дію як первинний інструмент пізнання та зцілення. Це дозволяє суб'єкту не просто розповідати про свої проблеми, а безпосередньо проживати їх.

Мета психодрами полягає у фасилітації глибокого емоційного зростання та досягненні інтегративної цілісності особистості через розширення її рольового репертуару. Терапевтичний процес спрямований на подолання рольової ригідності, що дозволяє індивіду адаптуватися до складних життєвих ситуа-

цій та знаходити нові, більш конструктивні патерни поведінки. Завдання психодраматичного методу охоплюють як діагностичний, так і корекційний аспекти. З одного боку, метод дозволяє екстерналізувати внутрішні конфлікти, роблячи їх доступними для спостереження та аналізу в системі координат тут-і-тепер. З іншого боку, через дію забезпечується катарсис, який веде до когнітивної перебудови та формування нових смислових структур. Під час війни це набуває особливого значення, оскільки психодрама дозволяє опрацювати травматичний досвід, що часто перебуває поза межами вербалізації. Дія на сцені активує нейронні мережі, відповідальні за безпосередній досвід, що дозволяє інтегрувати фрагментовані спогади у цілісну наративну структуру.

Основні завдання психодрами полягають у: спонтанній та креативній трансформації актуальних труднощів, що сприяє знаходженню нових ракурсів для вирішення життєвих колізій та суперечностей; стимулюванні глибокої рефлексії, яка забезпечує формування цілісного, усвідомленого та об'єктивного образу власного «Я»; заміні дезадаптивних поведінкових патернів і неефективних способів вираження емоцій на гнучкі та конструктивні стратегії взаємодії з навколишнім світом.

Окремим завданням психодрами є розвиток соціального атома особистості, що включає мережу значущих стосунків та зв'язків, які визначають психологічне благополуччя індивіда. Психодрама через соціометричні методи дозволяє виміряти та усвідомити динаміку притягнення та відштовхування всередині групи, що є важливим для розуміння індивідуальної психології в контексті соціального середовища. Таке поєднання індивідуального та колективного підходів робить психодраму унікальним інструментом для подолання соціальної ізоляції та зміцнення міжособистісної стійкості. В умовах війни, коли соціальні зв'язки часто руйнуються, відновлення здатності до емпатії та взаємодії стає пріоритетним завданням терапевтичної роботи. Психодрама пропонує безпечний простір для моделювання майбутнього, де учасники можуть репетирувати нові ролі та готуватися до викликів, що очікують на них поза межами групи.

Психодрама є не просто набором технік, а цілісною антропологічною концепцією, яка розглядає людину як істоту творчу та спонтанну за своєю природою. Спонтанність у цьому контексті розуміється як адекватна відповідь на нову ситуацію або нова відповідь на стару ситуацію. Дефіцит спонтанності призводить до виникнення культурних консервів – застиглих форм поведінки, які заважають розвитку. Тому завданням терапевта є розморожування цих консервів та активізація творчого потенціалу клієнта. Це досягається через використання надреальності, де суб'єктивна істина протагоніста отримує право на існування та трансформацію незалежно від законів фізичного світу.

Досліджуючи епістемологічні виміри психодрами, важливо звернути увагу на роль групи як мікрокосму суспільства. Взаємодія всередині групи дозволяє учасникам експериментувати з різними ідентичностями, що сприяє глибокому самопізнанню. Важливим аспектом є також розвиток соціального співпереживання. Як демонструють останні дослідження, психодраматична робота сприяє зниженню рівня тривожності та депресії, підвищуючи рівень самоспівчуття та задоволеності життям. Це особливо актуально для студентської молоді, яка в умовах війни стикається з високим рівнем невизначеності та стресу. Психодрама допомагає їм знайти внутрішню опору та відновити відчуття контролю над власним життям. У таблиці 7.1 наведено порівняльну характеристику основних теоретичних засад психодрами та традиційних вербальних методів терапії.

Таким чином, психодрама постає як цілісна система, що забезпечує глибоку трансформацію особистості через інтеграцію емоційного, когнітивного та поведінкового досвіду. Її мета виходить за межі простого усунення симптомів, спрямовуючись на відновлення природної здатності людини бути творцем власного життя. Завдання методу реалізуються через специфічну організацію групового процесу, де кожен учасник стає частиною спільного поля зцілення, що сприяє подоланню наслідків колективних травм і зміцненню соціальної згуртованості.

Таблиця 7.1

Порівняльна характеристика психодрами та вербальної психотерапії

Характеристика	Психодрама	Вербальна терапія (наприклад, психоаналіз)
Основний інструмент	Дія та драматизація	Вербальна комунікація (бесіда)
Фокус уваги	Міжособистісні стосунки та ролі	Внутрішньо-психічні конфлікти та лібідо
Тимчасова перспектива	Тут-і-тепер (актуалізація минулого та майбутнього)	Минуле (аналіз раннього дитячого досвіду)
Роль терапевта	Директор, активний фасилітатор	Нейтральний аналітик, об'єкт переносу
Поняття істини	Суб'єктивна істина в дії (надреальність)	Об'єктивізована істина через інтерпретацію
Мета процесу	Розвиток спонтанності та креативності	Усвідомлення несвідомого та розширення його

7.2. Основні елементи психодрами

Класична модель психодрами базується на взаємодії п'яти фундаментальних елементів, кожен з яких відіграє специфічну роль у структурі терапевтичного процесу (табл. 7.2). Першим і засадничим елементом є *сцена*, яка розглядається як розширення життєвого простору індивіда, де фантазія та реальність приймають бути антагоністами. Сцена – це простір максимальної свободи та творчості, де діють закони надреальності, що дозволяє втілювати сцени з минулого, теперішнього або уявного майбутнього без обмежень фізичного світу. Сцена забезпечує об'єктивну основу для терапевтичної дії, створюючи умови для зняття напруги та стимулюючи мобільність психічних процесів протагоніста. Вона може бути як спеціально обладнаним майданчиком, так і будь-яким простором, виділеним для роботи, де учасники домовляються про певні символічні значення кожного куточка.

Структурні компоненти психодрами

Компонент психодрами	Функціональне призначення	Ключові характеристики
<i>Сцена</i>	Локус терапевтичної дії	Багаторівневність, символічність, простір надреальності
<i>Протагоніст</i>	Джерело змісту та суб'єкт змін	Активність, спонтанність, фокус на особистій істині
<i>Режисер</i>	Керівник процесу	Продюсер, терапевт, аналітик, гарант безпеки
<i>Допоміжні Я</i>	Інструменти екстерналізації	Втілення фігур оточення, частин Я, емпатичне відображення
<i>Глядачі</i>	Груповий резонанс	Співпереживання, надання зворотного зв'язку, катарсис

Другим важливим елементом є *протагоніст* – головна дійова особа психодрами, чий внутрішній світ або актуальний конфлікт стає предметом дослідження. Протагоніст надає зміст для дії, презентуючи свої спогади, мрії, страхи або незавершені ситуації. Важливо, що в психодрамі протагоніст не є пасивним об'єктом лікування; він є активним творцем своєї драми, який під керівництвом директора досліджує власну суб'єктивну істину.

Третім елементом виступає *режисер*, який допомагає структурувати дію, підтримує динаміку та забезпечує когерентність сценарію. Як терапевт, він фасилітує процес, піклується про емоційну безпеку та допомагає протагоністу пройти крізь важкі переживання. Як аналітик, режисер інтегрує спостереження, інтерпретує реакції та допомагає групі усвідомити отримані інсайти.

Четвертим елементом є *допоміжні Я* – інші учасники групи або спеціально підготовлені асистенти, які беруть на себе ролі значущих осіб із соціального оточення протагоніста, його внутрішніх частин, або навіть неживих предметів та абстрактних понять. Допоміжні Я виконують три функції: вони є акторами, які

оживляють світ протагоніста; вони є терапевтичними агентами директора, що допомагають спрямовувати дію; і вони є соціальними дослідниками, які через вживання в роль надають протагоністу нову інформацію про його стосунки.

П'ятим елементом є *глядачі*, якими є решта учасників групи. Аудиторія не є пасивним спостерігачем; вона виконує роль дзеркала, в якому відображається драма протагоніста. Співпереживання аудиторії створює атмосферу прийняття та підтримки, а колективний шеринг після завершення дії сприяє інтеграції досвіду для всієї групи.

Ще одним ключовим компонентом є соціальний атом – найменша частка соціальної структури, що оточує індивіда і складається з усіх осіб, з якими він пов'язаний емоційно. Робота з соціальним атомом у психодрамі дозволяє наочно побачити архітектуру стосунків та виявити прогалини у соціальній підтримці, що особливо важливо під час війни для відновлення зруйнованих зв'язків. Психодраматичні техніки дозволяють символічно реконструювати цей атом на сцені, допомагаючи відновити безперервність життєвого шляху. Таким чином, психодрама постає не лише як клінічний інструмент, а й як філософія дії, що стверджує цінність кожної людської зустрічі.

Сучасні моделі психодрами, такі як модель терапевтичної спіралі, додають до класичних елементів специфічні ролі, спрямовані на забезпечення безпеки при роботі з травмою. Це так звані прескриптивні ролі: *Спостерігач* (який допомагає клієнту зберігати дистанцію від емоційного перенавантаження та раціонально, без занурення в біль, аналізувати ситуацію збоку), *Наглядач* (який слідкує за фізичними й психологічними кордонами, контролює рівень напруги і може зупинити процес у разі загрози ретравматизації) та *Особа, що надає підтримку* (яка є джерелом безумовного прийняття, турботи та ресурсу, необхідного для подолання страху). Вони допомагають протагоністу залишатися в межах вікна толерантності під час опрацювання важких спогадів. Ці ролі дозволяють структурувати внутрішній простір постраждалого, створюючи внутрішню команду підтримки, яка продовжує діяти і після завершення сесії. Таким чином, взаємодія

основних елементів психодрами створює унікальну динамічну систему, де кожен компонент працює на посилення іншого, забезпечуючи багатовимірність терапевтичного впливу.

Глибоке розуміння функцій кожного елемента є важливим для професійної підготовки психодраматиста. Наприклад, неправильне використання допоміжних Я може призвести до ретравматизації протагоніста, тоді як недостатня увага до аудиторії може позбавити групу важливого об'єднуючого досвіду. Режисер повинен володіти високим рівнем усвідомленості, щоб балансувати між творчою свободою протагоніста та необхідністю дотримання терапевтичних меж.

7.3. Ключові компоненти психодрами

Теоретичний каркас психодрами базується на п'яти ключових компонентах, які визначають внутрішню логіку та динаміку змін в особистості: спонтанності, креативності, теле, катарсису та інсайті. Ці компоненти перебувають у стані постійної взаємодії, утворюючи динамічний цикл терапевтичного процесу. Розуміння цих концептів дозволяє досягнути, як саме психодрама сприяє трансформації суб'єктивного світу людини, особливо в умовах війни, коли внутрішні ресурси особистості виснажуються під тиском зовнішніх обставин.

Спонтанність розглядається Морено як первинна енергія, що дозволяє індивіду адекватно реагувати на нову ситуацію або знаходити нову відповідь на стару ситуацію. Це здатність до вільного вибору та творчої адаптації, що сприяє подоланню рольової ригідності та апатії. Під час війни розблокування спонтанності дозволяє людині вийти із заціпеніння травми та знову відчутти себе суб'єктом, здатним впливати на власне життя. *Креативність* є процесуальним продовженням спонтанності, виступаючи як акт творення нових життєвих форм та адаптивних моделей поведінки. Психодрама стимулює творче начало, пропонуючи індивіду стати сценаристом власної драми, що розширює його ідентичність та зміцнює психологічну стійкість.

Третім фундаментальним компонентом є *теле* – соціометричний концепт, що описує взаємний емоційний зв'язок та визнання між людьми. На відміну від емпатії, теле передбачає двосторонній резонанс і є основою групової згуртованості. В умовах війни відновлення здатності до теле є критично важливим, оскільки травма часто руйнує базову довіру до світу. Катарсис у психодрамі набуває значення емоційного та інтеграційного очищення. Це не просто розрядка емоцій, а акт звільнення від афективного напруження через повне проживання досвіду на сцені, що веде до примирення з минулим.

Завершальним компонентом є *інсайт*, який має характер осяяння через дію. Це цілісне усвідомлення, що включає тілесний, емоційний та когнітивний рівні, приводячи до перебудови досвіду. Інсайт виникає в момент, коли протагоніст бачить свою ситуацію з різних точок зору, що стає фундаментом для реальних змін у житті. Синтез цих компонентів забезпечує високу ефективність методу, перетворюючи психодраматичну сесію на простір інтенсивного особистісного зростання. Кожен компонент виконує свою специфічну функцію в процесі зцілення, де спонтанність запускає рух, креативність надає йому форми, теле забезпечує зв'язок, катарсис приносить звільнення, а інсайт – розуміння.

Цілісність психодраматичного методу досягається через нерозривний зв'язок між його інструментальною структурою та концептуальним наповненням. Сцена як елемент є місцем, де розгортається спонтанність як компонент, а допоміжні я стають посередниками у виникненні теле. Процесуальна динаміка психодрами передбачає послідовний перехід від фази розминки, де режисер активує спонтанність групи для зниження опору, до драматизації, під час якої протагоніст і допоміжні Я реалізують креативність у дії для екстерналізації конфлікту. Завершальний етап шерінгу через механізм теле забезпечує соціальну інтеграцію, дозволяючи глядачам надати емоційний резонанс, водночас рольова інверсія та використання надреальності на сцені стають фундаментом для досягнення катарсису та глибинного інсайту.

Під час війни психодраматична сесія стає мікрокосмосом, у якому відтворюється та зцілюється колективна травма. Викори-

стання надреальності дозволяє учасникам опрацьовувати ситуації, де вони почувалися безпорадними, повертаючи їм відчуття контролю. Уміння режисера інтегрувати ці складники в єдиний потік є запорукою успішної роботи з найглибшими шарами людського досвіду, забезпечуючи трансформацію пасивного стану жертви на активну позицію творця власного життя.

7.4. Форми і фази психодрами

У сучасній психологічній практиці розрізняють кілька основних видів психодрами, кожен з яких має свою специфіку та цілі. Класичним варіантом є форма, *зосереджена на протагоністі*, де ключова увага приділяється одному учаснику. За підтримки ведучого та інших членів групи він відтворює реальні або вигадані життєві сценарії, що допомагає витягти на поверхню та пропрацювати приховані емоції чи витіснені спогади. Якщо ж у колективі немає охочих брати на себе головну роль, застосовується *тематично орієнтований формат*. У цьому випадку присутні програють певні життєві ситуації, об'єднані спільно обраною проблематикою, що слугує чудовим поштовхом для самопізнання та навчання.

Наступним різновидом є *центрована на групі психодрама*, яка фокусується переважно на міжособистісних зв'язках та емоційних взаєминах безпосередньо між самими учасниками, а також на поточних труднощах, що виникають у моменті «тут-і-тепер». Вона є надзвичайно ефективною для подолання різноманітних фобій, корекції делінквентної поведінки, вирішення рольових конфліктів, компенсації рольового дефіциту та загального розкриття креативності. Нарешті, існує форма, *спрямована на групу*, яка опрацьовує певну ситуацію, актуальну абсолютно для всіх присутніх. Подібно до індивідуальної роботи з головним героєм, цей метод дозволяє дослідити першопричини виникнення певного стану, проте його головна мета полягає в тому, щоб кожен член колективу здобув нове, більш глибоке та усвідомлене розуміння їхньої спільної проблеми.

Психодраматичний сеанс організується за чіткою трифазною структурою, яка забезпечує поступове наростання спонтанності та безпечно занурення у терапевтичний матеріал (табл. 7.3). *Перша фаза – розминка*, має на меті підготовку учасників до фізичної та психічної дії, формування групової згуртованості та вибір фокусної теми або протагоніста. Розминка може бути як неструктурованою (вільне спілкування), так і структурованою (спеціальні вправи, соціометричні вибори). Під час розминки терапевт оцінює рівень готовності групи до роботи та допомагає учасникам зосередитися на своїх актуальних переживаннях. Важливим аспектом розминки є розвиток довіри, без якої неможлива подальша відкритість на етапі драматизації. В умовах війни розминка часто включає вправи на заземлення та стабілізацію емоційного стану.

Таблиця 7.3

Фази психодраматичного сеансу

Фаза сеансу	Основні завдання	Роль режисера
<i>Розминка</i>	Створення безпеки, вибір протагоніста, підвищення спонтанності	Фасилітатор, спостерігач, ініціатор вправ
<i>Дія</i>	Екстерналізація внутрішнього світу, катарсис, інсайт	Продюсер, терапевт, захисник протагоніста
<i>Обговорення</i>	Інтеграція досвіду, підтримка	Аналітик, модератор дискусії, гарант не-оцінювання

Друга фаза – стадія дії або власне драматизація. Це центральна частина заняття, де протагоніст за допомогою режисера та допоміжних Я втілює свою історію на сцені. Процес починається з вибору сцени та її облаштування, після чого переходять до розігрування взаємодії. Дія не є простою імітацією реальності; вона є її творчим переосмисленням у просторі надреальності. Протагоніст може вести діалог із померлими, зустрічатися зі своєю дитячою частиною або моделювати розмову з ворогом. На цій стадії відбуваються ключові терапевтичні процеси: екстерналізація конфлікту, катарсис та рольове навчання. Режисер уважно

стежить за станом протагоніста, використовуючи різні техніки для поглиблення досвіду або, навпаки, для створення дистанції, якщо емоції стають занадто інтенсивними.

Третя фаза – обговорення, розпочинається після завершення драматизації. На цьому етапі протагоніст повертається до групи, а допоміжні Я виходять із ролей. Учасники групи діляться своїми особистими емоціями, які виникли у них під час спостереження за драмою. Обмін почуттями виконує кілька важливих функцій: він забезпечує емоційну підтримку протагоністу, допомагає учасникам інтегрувати власний досвід та відновлює групову цілісність. Суворо заборонено давати поради, оцінювати гру чи займатися інтелектуальним аналізом; допускається лише щирий вияв власних почуттів. Це створює відчуття спільності та зменшує відчуття самотності, що є вкрай важливим під час війни.

Окрім класичної групової психодрами, метод реалізується в різних формах залежно від контексту та цілей роботи. Монодрама використовується в індивідуальній терапії, де замість допоміжних Я застосовуються предмети або техніка пустого стільця. Це дозволяє зберегти динамізм дії навіть без участі групи. Монодрама є ефективна при роботі з тривожними розладами та панічними атаками, особливо в онлайн-форматі. Соціодрама ж спрямована на роботу з колективними ролями та соціальними конфліктами. Вона не фокусується на одному протагоністі, а досліджує проблеми, що стосуються всієї спільноти (наприклад, роль біженця, роль волонтера).

Сучасний розвиток методу призвів до появи нейропсиходрами, яка розглядає кожну фазу через призму роботи мозку. Розминка активує системи уваги та емпатії, дія стимулює лімбічну систему та правопівкульні процеси, відповідальні за образи та емоції, а обмін почуттями активує префронтальну кору для вербалізації та осмислення пережитого. Під час рольової гри спостерігається зниження активності в лівій префронтальній корі, що свідчить про послаблення самоконтролю та раціональних фільтрів, що і дає змогу виявити глибинні несвідомі змісти. Таке розуміння фаз дозволяє терапевту більш точно дозувати навантаження та обирати найбільш доцільні втручання.

Важливо також враховувати контекстуальні особливості проведення сесій. В умовах війни психодраматична робота може вимагати довших фаз розминки та обміну почуттями для забезпечення стабілізації. Стадія дії при цьому може бути менш інтенсивною, з фокусом на ресурсах та пошуку копінг-стратегій, а не на глибокому зануренні в травму. Гнучкість методу дозволяє адаптувати його до потреб різних популяцій – від дітей до військовослужбовців, забезпечуючи при цьому незмінно високий рівень етичності та професіоналізму.

7.5. Основні психодраматичні техніки

Психодраматичний метод володіє унікальним технічним інструментарієм, який дозволяє перевести внутрішній діалог особистості у зовнішній простір дії. Початковим етапом входження у психодраматичну реальність часто слугує *техніка самопрезентації*. Вона реалізується через серію лаконічних рольових епізодів, де протагоніст відтворює власні патерни поведінки або моделює значущих для нього осіб, що створює експозицію для подальшої терапевтичної роботи.

Фундаментальною технікою вважається *обмін ролями*, під час якого протагоніст на певний час стає іншою особою зі свого оточення або власною внутрішньою частиною. Ця техніка є потужним засобом розвитку емпатії, когнітивної гнучкості та корекції міжособистісних схем. Обмін ролями сприяє децентрації – здатності вийти за межі власного егоцентричного сприйняття та побачити ситуацію очима іншого. Також техніка має стратегічну мету для групової динаміки: вона надає змогу допоміжному Я спостерігати за тим, як протагоніст виконує певну роль, що суттєво уточнює та спрямовує подальшу гру актора-асистента. Нейробіологічно цей процес супроводжується активацією правої фронтополярної зони та посиленням міжмозкової синхронізації між учасниками, що створює умови для глибокої соціальної корекції.

Техніка дублювання передбачає, що психотерапевт або інший учасник групи стає за спиною протагоніста і озвучує його прихो-

вані думки чи почуття, які той наразі не може висловити самотійно. Дублер діє як допоміжне «Я», що підсилює голос несвідомого. Важливо зазначити, що функція двійника не обмежується лише емпатійним віддзеркаленням. Залежно від терапевтичної мішені, фахівці застосовують: нейтральне дублювання (для підтвердження та валідазації почуттів); пристрасне (для їх максимального посилення та емоційної розрядки); іронічне (як засіб стимулювання через гумор до глибшого інсайту); опозиційне (коли дубль займає полярну позицію, провокуючи протагоніста на захист власних істинних меж).

Техніка дзеркала дозволяє протагоністу дистанціюватися від власної дії та подивитися на себе збоку. У цьому випадку він спостерігає, як допоміжні «Я» відтворюють його поведінку в певній сцені. Це сприяє формуванню об'єктивної саморефлексії та усвідомленню того, як його дії сприймаються оточенням. Дзеркало особливо корисне у випадках рольової фіксації або за наявності «сліпих плям» у самосприйнятті.

Для структурування думок активно застосовується *монолог уголос* – озвучування потоку свідомості, коли актор звертається виключно до самого себе, аналізуючи проблему до, під час або після сцени. Також базовим інструментом є *техніка пустого стільця*, яка у специфічних випадках трансформується у прийом «високого стільця». Якщо порожній стілець переважно слугує проекцією протагоніста для безпечного відреагування конфлікту, то розміщення стільця на спеціальному підвищенні використовується для надання клієнту-протагоністу відчуття домінування, сили та внутрішньої опори над ситуацією чи іншими учасниками.

Серед специфічних просторових технік виділяється *сімейна скульптура*, яка через візуальне моделювання стосунків уможливорює наочне бачення сімейної чи групової динаміки. Окремої уваги заслуговує *техніка «за спиною»*: клієнт розвертається або сідає спиною до аудиторії, а режисер ініціює обговорення його ситуації глядачами. Цей формат дозволяє протагоністу отримати об'єктивний зворотний зв'язок без прямого візуального контакту, що суттєво знижує інтенсивність психологічних захистів.

Для екологічного зниження напруги в кінці сесії застосовується техніка «ідеального іншого», під час якої допоміжне Я відіграє бездоганну, підтримуючу референтну фігуру. Це дозволяє протагоністу відчути бажане безумовне прийняття, якого йому бракує в реальності. Глибокій переоцінці цінностей сприяє метафоричний прийом «чарівний магазин». У цій уявній крамниці протагоніст має змогу обміняти щось особисто важливе на абстрактні категорії (наприклад, любов, щастя, мужність), що виступає потужним каталізатором усвідомлення справжніх екзистенційних потреб. Завершальним етапом роботи часто стає *проекція в майбутнє* (репетиція очікуваних ситуацій). Ця техніка дозволяє протагоністу розіграти бажаний або альтернативний варіант розвитку подій, що значно знижує тривогу перед невідомим, сприяє рольовому навчанню та підвищує відчуття самоефективності.

Останні наукові дані, отримані за допомогою функціональної ближньої інфрачервоної спектроскопії, підтверджують, що під час рольової гри та обміну ролями відбувається специфічна деактивація в лівій префронтальній корі. Це свідчить про зниження когнітивного контролю та самомоніторингу, що дозволяє людині бути більш спонтанною та креативною. Такий стан сприяє оновленню застарілих переконань на основі нового чуттєвого досвіду, отриманого на сцені. Таким чином, психодраматичні техніки діють не лише на психологічному, а й на нейродинамічному рівні, перебудовуючи архітекtonіку соціальних зв'язків мозку.

Впровадження технік у практику вимагає від психотерапевта високої майстерності та такту. Наприклад, опір клієнта часто долається через техніку інтерполяції опору, де директор вносить нові елементи в сцену, що вимагають від протагоніста нових реакцій. Важливо також забезпечувати безпеку: відсутність зорового контакту або символічні перепони використовуються для роботи з дуже болючими або табуйованими темами, дозволяючи протагоністу почуватися менш вразливим. Універсальність цих технік дозволяє використовувати їх не лише в клінічній психотерапії, а й під час підготовки здобувачів у сфері освіти, у бізнесі та соціальній роботі, допомагаючи людям краще розуміти один одного та знаходити творчі виходи з конфліктних ситуацій.

Питання для самоперевірки

1. Як у сучасному психологічному дискурсі концептуалізується феномен психодрами з огляду на її епістемологічне коріння та зв'язок із міжособистісною терапією?

2. У чому полягає терапевтична специфіка подолання рольової ригідності та формування нових смислових структур через механізми дієвого катарсису?

3. Яким чином соціометричний концепт «соціального атома» інтегрується в діагностичний та корекційний виміри психодраматичного процесу, зокрема для подолання соціальної ізоляції?

4. Проаналізуйте сутність «культурних консервів» за Дж. Морено та їхній руйнівний вплив на блокування природної спонтанності особистості.

5. Яким чином використання концепту «надреальності» створює умови для опрацювання травматичного досвіду та повернення клієнту відчуття контролю в умовах війни?

6. У чому полягають фундаментальні епістемологічні відмінності між фокусом уваги психодрами та традиційним психоаналітичним підходом (вербальною терапією)?

7. Охарактеризуйте функціональне призначення та динамічну взаємодію п'яти основних елементів класичної моделі психодрами.

8. Яку стратегічну роль відіграють прескриптивні ролі (Спостерігач, Наглядач, Особа, що надає підтримку) у моделі терапевтичної спіралі при роботі з гострою травмою?

9. Розкрийте взаємозв'язок між спонтанністю, креативністю, теле, катарсисом та інсайтом як ключовими компонентами трансформації суб'єктивного світу клієнта.

10. Як нейробіологічні закономірності (зокрема, зниження активності в лівій префронтальній корі) пояснюють механізм ефективності рольової гри та обміну ролями?

11. Порівняйте центровану на протагоністі та центровану на групі форми психодрами: визначте їхні специфічні терапевтичні цілі та показання до застосування.

12. Проаналізуйте доцільність трифазної структури психодраматичної сесії (розминка, дія, обговорення) з огляду на необхідність дотримання екологічності та безпеки процесу.

13. Які специфічні клінічні завдання вирішує техніка «дублювання» та які її полярні модифікації (нейтральне, пристрасне, іронічне, опозиційне) існують?

14. У яких випадках застосування техніки «дзеркала» є найбільш обґрунтованим з метою подолання рольової фіксації та усвідомлення «сліпих плям»?

15. Обґрунтуйте психотерапевтичне значення техніки «проекція в майбутнє» для зниження екзистенційної тривоги та підвищення самоєфективності на завершальних етапах роботи.

Тести для самоконтролю

1. Згідно з сучасним психологічним дискурсом, первинним інструментом пізнання та змінення у психодрамі виступає:

- а) вільна асоціація та вербалізація
- б) когнітивна реструктуризація думок
- в) дія та драматичне розігрування
- г) об'єктивізований раціональний аналіз

2. Поняття «культурні консерви» у психодраматичній парадигмі позначає:

- а) універсальні архетипи колективного несвідомого
- б) застигли форми поведінки, спричинені дефіцитом спонтанності
- в) адаптивні патерни соціальної взаємодії групи
- г) інтегрований історичний досвід попередніх поколінь

3. На відміну від традиційного психоаналізу, тимчасова перспектива у класичній психодрамі фокусується переважно на:

- а) виключно ранньому дитячому травматичному досвіді
- б) аналізі філогенетичного розвитку людства
- в) ситуації «тут-і-тепер» з актуалізацією минулого та майбутнього
- г) футурологічному моделюванні без врахування минулого

4. Локус терапевтичної дії, де фантазія та реальність припиняють бути антагоністами, і де діють закони надреальності, у психодрамі називається:

- а) сцена
- б) аналітичний кабінет
- в) соціальний атом
- г) простір вільної асоціації

5. Яка прескриптивна роль у сучасній моделі терапевтичної спіралі відповідає за контроль фізичних і психологічних кордонів та запобігання ретравматизації?

- а) Спостерігач
- б) Особа, що надає підтримку
- в) Допоміжне Я

- г) Наглядач
6. Соціометричний концепт, що описує взаємний емоційний зв'язок, двосторонній резонанс та визнання між людьми, має назву:
- а) контремпатія
 - б) проєктивна ідентифікація
 - в) теле
 - г) катарсис
7. На якій структурній фазі психодраматичного сеансу відбуваються ключові терапевтичні процеси: екстерналізація конфлікту, катарсис та рольове навчання?
- а) Фаза розминки
 - б) Стадія дії (власне драматизація)
 - в) Фаза обговорення (шерінгу)
 - г) Фаза соціометричного тестування
8. Яке ключове правило діє на стадії обговорення (шерінгу) після завершення драматизації?
- а) Суворя заборона на надання порад, оцінювання та інтелектуальний аналіз
 - б) Обов'язкова клінічна інтерпретація захисних механізмів протагоніста
 - в) Оцінка акторської майстерності допоміжних Я
 - г) Раціоналізація поведінкових патернів головного героя
9. Форма психодрами, що фокусується не на одному протагоністі, а досліджує колективні ролі та соціальні конфлікти спільноти (наприклад, роль біженця), називається:
- а) монодрама
 - б) соціодрама
 - в) центрована на протагоністі психодрама
 - г) нейропсиходрама
10. Зниження активності в лівій префронтальній корі під час рольової гри та обміну ролями свідчить про:
- а) посилення раціональних фільтрів та когнітивних захистів
 - б) послаблення самоконтролю, що дозволяє виявити глибинні невідомі змісти
 - в) гіперактивацію систем уваги та логічного аналізу
 - г) блокування доступу до емоційного та тілесного інсайту
11. Фундаментальна техніка, під час якої протагоніст на певний час стає іншою особою зі свого оточення для розвитку емпатії та децентрації, це:
- а) обмін ролями

- б) дублювання
- в) сімейна скульптура
- г) проекція в майбутнє

12. Вид дублювання, при якому дублер займає полярну позицію, цілеспрямовано провокуючи протагоніста на захист власних істинних меж, визначається як:

- а) нейтральне
- б) пристрасне
- в) іронічне
- г) опозиційне

13. Яка психодраматична техніка слугує потужним каталізатором усвідомлення екзистенційних потреб шляхом метафоричного обміну чогось особисто важливого на абстрактні категорії?

- а) Чарівний магазин
- б) Сімейна скульптура
- в) Ідеальний інший
- г) Високий стілець

14. Найменша частка соціальної структури, що оточує індивіда і складається з усіх осіб, з якими він пов'язаний емоційно, називається:

- а) мікрокосм суспільства
- б) групова матриця
- в) соціальний атом
- г) культурний консерв

15. Яку ключову терапевтичну функцію виконують глядачі (аудиторія) у структурі психодраматичного процесу?

- а) Пасивне дистанційоване спостереження за процесом
- б) Виконання директивних вказівок режисера без зворотного зв'язку

в) Забезпечення емоційного резонансу, співпереживання та дзеркального відображення

- г) Контроль за дотриманням протоколу сесії

16. У контексті психодраматичної концепції первинна енергія, що дозволяє адекватно реагувати на нову ситуацію або знаходити нову відповідь на стару, визначається як:

- а) лібідо
- б) креативність
- в) спонтанність
- г) екстерналізація

17. Для об'єктивного дистанціювання протагоніста від власної дії та подолання «сліпих плям» у самосприйнятті варто використовувати техніку:

- а) порожнього стільця
- б) монологу уголос
- в) дзеркала
- г) за спиною

18. Головна дійова особа психодрами, чий внутрішній світ або конфлікт стає предметом дослідження, і яка виступає активним творцем своєї драми, це:

- а) режисер (директор)
- б) протагоніст
- в) допоміжне Я
- г) спостерігач

19. Техніка, що дозволяє протагоністу отримати зворотний зв'язок і суттєво знизити інтенсивність психологічних захистів шляхом усунення прямого візуального контакту з аудиторією, має назву:

- а) високий стілець
- б) інтерполяція опору
- в) ідеальний інший
- г) за спиною

20. У психодраматичній парадигмі акт звільнення від афективного напруження через повне проживання досвіду на сцені, що веде до примирення з минулим та когнітивної перебудови, розуміється як:

- а) інсайт
- б) катарсис
- в) теле
- г) розминка

Тема 8.

ОСНОВИ СИСТЕМНОЇ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

- 8.1. *Загальна характеристика системної сімейної психотерапії.*
- 8.2. *Параметри сімейної системи.*
- 8.3. *Методологічні принципи системної сімейної психотерапії.*
- 8.4. *Етапи впливу на сімейну систему.*

8.1. Загальна характеристика системної сімейної психотерапії

Теоретичне переосмислення у психологічній науці другої половини двадцятого століття ознаменувався відмовою від індивідуально-центричного підходу на користь вивчення складних мережевих взаємодій у межах цілісних соціальних одиниць. Системна сімейна психотерапія постала як нова парадигма, що розглядає людську особистість не як ізольований психічний об'єкт, а як інтегральний елемент живої системи, де поведінкові патерни зумовлені циркулярними зв'язками. Фундаментальні засади системного мислення були закладені Л. Берталанфі, який визначив систему як динамічний комплекс взаємодіючих елементів, де властивості цілого принципово відрізняються від простої суми характеристик його складових. У контексті сімейної терапії цей принцип означає, що сім'я функціонує як відкрита самоорганізована система, що постійно обмінюється інформацією та енергією із зовнішнім світом. Будь-яка зміна в окремій підсистемі – подружній, батьківській – неминуче трансформує стан усієї мережі. Г. Бейтсон розширив ці уявлення, інтегрувавши кібернетичні принципи зворотного зв'язку в аналіз людської комуніка-

ції, що дозволило розглядати психічні симптоми як специфічні повідомлення в межах сімейного екологічного контексту.

Функціонування сімейної системи регулюється діалектичною взаємодією двох законів: гомеостазу та гетеростазу. Закон гомеостазу забезпечує стабільність та збереження звичних патернів взаємодії, тоді як закон гетеростазу стимулює систему до розвитку та адаптації відповідно до вимог життєвого циклу. У ситуаціях високої напруги, зокрема під час війни, ці механізми зазнають суттєвого навантаження. Адаптація системи в таких умовах вимагає гнучкості меж та здатності до перерозподілу ролей. Дослідження демонструють, що високий рівень сімейної згуртованості та емоційної близькості безпосередньо корелює зі здатністю системи витримувати кризові впливи, зберігаючи при цьому функціональну цілісність.

Концептуальна інтеграція структурного підходу С. Мінухіна та трансгенераційної теорії М. Боуена дозволяє глибше зрозуміти механізми сімейної організації. Структурна модель акцентує увагу на ієрархічній побудові системи та чіткості меж між підсистемами. Порушення ієрархії або дифузність меж призводять до виникнення дисфункціональних коаліцій, що блокують розвиток автономії індивіда. Поряд із цим, теорія М. Боуена розглядає сім'ю у часовій перспективі, виокремлюючи поняття диференціації Я як здатності особистості зберігати інтелектуальну та емоційну незалежність від сімейного злиття. Процеси триангуляції та багатопокілінна передача тривоги формують емоційний фон, у якому симптом ідентифікованого клієнта виступає стабілізатором для всієї родинної системи.

Подальший розвиток системної парадигми пов'язаний з діяльністю Міланської школи, яка запропонувала методологію кібернетики другого порядку. Основними операційними інструментами терапевта стали гіпотезування, циркулярність та нейтральність. Гіпотезування розглядається як процес створення системних припущень, що структурують діагностичне інтерв'ю, тоді як циркулярні питання дозволяють виявити відмінності у сприйнятті реальності різними членами родини. Принцип нейтральності вимагає від фахівця збереження об'єктивної позиції,

що унеможлиблює формування стійких альянсів з окремими учасниками та стимулює систему до самостійного пошуку нових ресурсів.

Відповідно до загальних законів еволюції, будь-яка родина є складною системою, що неминуче проходить власний життєвий цикл із послідовною зміною етапів. Цей шлях розпочинається з етапу *монади*, коли молода людина відокремлюється від батьківського дому, набуває самостійності та на практиці переосмислює засвоєні в дитинстві життєві сценарії. Наступним кроком стає формування *діади*, тобто створення пари. Це період перших серйозних випробувань та криз, оскільки партнерам доводиться узгоджувати власні звички й формувати спільні правила співіснування. Згодом, із народженням первістка, родина переходить на стадію *тріади*: хоча емоційна дистанція між чоловіком та дружиною може дещо збільшитися, загалом сімейна конструкція набуває вищого рівня стабільності. Цей розвиток триває через *появу другої дитини* та подальшу *соціалізацію дітей*, коли вони починають активно взаємодіяти із зовнішнім середовищем і йдуть до школи. Черговим складним етапом стає *підлітковий вік дітей*, який нерідко накладається на особистісну кризу середнього віку самих батьків. Після того як уже дорослі діти розпочинають самостійне життя та залишають рідну домівку, подружжя знову *повертається до формату діади*. Завершується цей природний цикл неминучим *переходом до стадії монади* внаслідок втрати одного з партнерів. Водночас варто зазначити, що в умовах сучасного українського суспільства така класична модель часто зазнає трансформацій: кількість цих життєвих етапів може відрізнятись, а сімейні функції та обов'язки нерідко виявляються специфічно переплетеними або ж сплутаними.

Особливої ваги системний аналіз набуває при роботі з родинами в умовах війни. Війна виступає екстремальним стресором, що змушує сім'ю перебувати в стані постійної реконфігурації. У таких обставинах часто спостерігається явище паралельних траєкторій життя, коли члени родини, розділені відстанню чи бойовим досвідом, змушені виробляти автономні стратегії виживання. Завдання системного терапевта полягає в тому, щоб спри-

яти інтеграції цих розрізнених досвідів та відновленню комунікативної цілісності системи.

Підсумовуючи загальну характеристику системної сімейної психотерапії, слід наголосити на її унікальній здатності синтезувати теоретичну глибину та практичну ефективність. Цей напрям відмовляється від патологізації індивіда, натомість пропонуючи інструменти для гармонізації людських стосунків. Системне бачення дозволяє виявити приховані механізми, що підтримують дисфункцію, та перетворити їх на ресурси для трансформації. У сучасних умовах глобальної нестабільності системна парадигма залишається ключовим методологічним орієнтиром для підготовки фахівців високого рівня, здатних працювати зі складними людськими динаміками в умовах війни та соціальних криз.

8.2. Параметри сімейної системи

Кожна сімейна система є унікальним механізмом, життєдіяльність якого визначається взаємодією шістьох ключових параметрів. Її щоденний ритм формують *стереотипи взаємодії* – це можуть бути як об'єднувальні сімейні ритуали, так і деструктивні, суперечливі послання, коли, наприклад, слова людини кардинально розходяться з її емоціями чи вчинками. Внутрішній порядок родини регулюється *сімейними правилами*: відкритими нормами або ж негласними табу. Здатність партнерів гнучко адаптувати ці правила через нові домовленості є запорукою здорового розвитку, тоді як їхня абсолютна жорсткість неминуче призводить до криз і дисфункції.

Специфічну ідентичність спільноти формують *сімейні міфи* – глибокі спільні переконання, що відповідають на питання про те, ким є ця родина. Вони найгостріше проявляються в моменти життєвих випробувань, соціальних потрясінь чи під час входження сторонніх людей у сімейне коло. Структура взаємин окреслюється *межами*, ступінь проникності та жорсткості яких визначає рівень психологічної близькості між родичами.

Цілісність цієї системи забезпечують *стабілізатори*, які утримують сім'ю разом. Вони бувають конструктивними, спираючись на спільний бюджет, місце проживання, хобі чи побут, а також деструктивними – коли єдиним клеєм для збереження стосунків стають діти, постійні хвороби когось із членів родини або проблемна поведінка. Зрештою, невидимим фундаментом усіх цих процесів виступає *сімейна історія*. Це багаж функціональних або ж патологічних сценаріїв, що передаються з покоління в покоління, для глибокого аналізу та розуміння яких фахівці найчастіше застосовують метод побудови генограми М. Боуена.

Ієрархія та влада в сімейній системі визначають розподіл відповідальності, контролю та лідерства. Функціональна ієрархія передбачає, що батьківська підсистема володіє авторитетом і забезпечує безпеку дітей, що створює фундамент для нормального розвитку (табл. 8.1). Дисфункції ієрархії часто проявляються у формі парентифікації, коли дитина змушена виконувати функції дорослого, або у формі прихованих коаліцій, де один із батьків об'єднується з дитиною проти іншого з батьків, що підриває стабільність батьківського блоку. Системне розуміння влади відкидає лінійну модель домінування, стверджуючи, що влада є розподіленим ресурсом, який проявляється через циркулярні цикли впливу та зворотного зв'язку.

Комунікативний аспект сімейної системи розглядається через призму аксіом прагматики людських комунікацій, де будь-яка поведінка має повідомний характер. Комунікація виконує функцію не лише передачі змісту, а й визначення характеру стосунків між учасниками. Системні правила структурують взаємодію, визначаючи допустимі способи самовираження та вирішення конфліктів. У сім'ях із високим рівнем дисфункції часто спостерігаються парадоксальні комунікації або подвійні послання, які створюють ситуацію неможливості адекватної відповіді, що стає підґрунтям для розвитку серйозних психопатологічних станів.

Функціональні параметри та ризики дисфункції сімейної системи

Параметр системи	Функціональний прояв	Системні ризики та дисфункції
<i>Гомеостаз</i>	Гнучка стабільність, здатність до відновлення	Ригідність, підтримання симптому для стабільності
<i>Гетеростаз</i>	Адаптація до змін, розвиток, навчання	Хаотичні зміни, втрата ідентичності системи
<i>Межі</i>	Чіткість, проникність, захисна функція	Сплутаність (дифузність) або ізоляція (жорсткість)
<i>Ієрархія</i>	Авторитет батьків, захист дітей	Парентифікація, інверсія влади, коаліції
<i>Комунікація</i>	Пряма, конгруентна, відкрита	Подвійні послання, містифікація, приховані правила
<i>Підсистеми</i>	Диференційованість, спеціалізація функцій	Поглинання однієї підсистеми іншою, конфлікт лояльності

Аналіз сімейної системи потребує врахування контекстуальної вбудованості, оскільки сім'я є частиною ширшої соціальної екології, що включає громаду, культурні норми та державні інституції. Під час війни цей контекст стає домінуючим, змушуючи систему переглядати свої базові припущення про безпеку та майбутнє. Системний терапевт розглядає труднощі не як внутрішні дефекти особистості, а як відповіді на системні вимоги та виклики середовища, що дозволяє депатологізувати досвід клієнтів і зосередитися на пошуку адаптивних стратегій взаємодії.

8.3. Методологічні принципи системної сімейної психотерапії

Методологія системної сімейної психотерапії ґрунтується на специфічній епістемологічній позиції, яка відкидає редуцті-

онізм і традиційну механістичну логіку на користь реляційного мислення (табл. 8.2). Основним *принципом* є *циркулярність*, що базується на відмові від пошуку лінійних причинно-наслідкових зв'язків. Замість того, аби з'ясувати, хто є первинним ініціатором конфлікту, системний підхід досліджує взаємозалежні петлі зворотного зв'язку, де дія кожного учасника є одночасно і стимулом, і реакцією на дії іншого. Циркулярна логіка дозволяє терапевту побачити проблему як безперервний тавтологічний процес, де поведінка членів сім'ї взаємно підсилює та легітимізує одна одну, створюючи замкнене коло дисфункції.

Таблиця 8.2

Методологічні принципи та практичні наслідки системної сімейної терапії

Методологічний принцип	Ключова теза	Наслідок для практики
<i>Циркулярність</i>	Відсутність лінійних причин	Фокус на патернах взаємодії, а не на індивіді
<i>Нейтральність</i>	Багатостороння залученість	Запобігання коаліціям терапевта з клієнтами
<i>Гіпотетичність</i>	Знання як припущення	Постійне тестування нових версій реальності
<i>Позитивна конотація</i>	Рефреймінг патології як ресурсу	Зниження тривоги, депатологізація системи
<i>Кібернетика 2-го порядку</i>	Терапевт – частина системи	Саморефлексія, колаборативний характер змін
<i>Соціальний конструкціонізм</i>	Реальність створюється мовою	Трансформація деструктивних наративів

Принцип нейтральності, розроблений Міланською школою, передбачає збереження терапевтом багатосторонньої емпатії та уникнення альянсів з окремими членами сім'ї. Нейтральність не означає байдужості; це радше активна позиція цікавості, яка дозволяє терапевту приймати всі точки зору як однаково валидні версії реальності. В еволюції системної думки концепція

нейтральності трансформувалася у поняття рефлексивності та цікавості, де терапевт усвідомлює власну включеність у систему спостереження. Нейтральність – це здатність терапевта залишатися вільним від необхідності переконувати сім'ю у правильності власного бачення, натомість створюючи простір для появи нових значень.

Принцип гіпотетичності виступає основним інструментом організації терапевтичного процесу. Гіпотеза в системній терапії – це припущення про те, яку функцію виконує симптом у даній сімейній системі та як він допомагає підтримувати гомеостаз. Гіпотеза не претендує на статус істини, а слугує навігатором для розпитування. Вона має бути системною, пов'язуючи поведінку всіх учасників, і позитивною, розглядаючи симптом як спробу розв'язання системної дилеми. Якщо під час сесії виявляється, що гіпотеза не знаходить відгуку або не стимулює змін, вона негайно відкидається і замінюється іншою, що демонструє гнучкість та інтерактивний характер системного пізнання.

Принцип позитивної конотації симптому є специфічним методом переформатування смислового поля сім'ї. Замість засудження патологічної поведінки, терапевт приписує їй альтруїстичний або захисний сенс, стверджуючи, що симптом є способом вираження любові, турботи або спробою зберегти цілісність сім'ї в умовах стресу. Це дозволяє радикально знизити рівень провини та спротиву в системі, відкриваючи шлях до пошуку більш функціональних способів реалізації тих самих інтенцій. Позитивна конотація змінює емоційний клімат у сім'ї, перетворюючи проблему з об'єкта сорому на об'єкт спільного дослідження та трансформації.

Епістемологічний перехід від кібернетики першого порядку до *кібернетики другого порядку* став визначальним для методології системного підходу. У кібернетиці першого порядку терапевт розглядався як об'єктивний експерт, який спостерігає за системою ззовні та маніпулює її структурою для досягнення змін. Кібернетика другого порядку постулює, що спостерігач є невід'ємною частиною системи, яку він спостерігає, і його власні упередження, цінності та досвід формують терапевтичне поле. Це при-

звело до домінування *соціального конструкціонізму*, в якому психотерапія розуміється як процес спільного конструювання нових реальностей через діалог, де терапевт займає позицію не-знання, поважаючи унікальну експертність сім'ї щодо власного життя.

Застосування цих принципів під час війни набуває особливо-го значення, оскільки системне мислення дозволяє фахівцю зберігати стійкість і не піддаватися лінійним емоційним реакціям. Розуміння того, що агресія, відсторонення або депресія одного з членів сім'ї є частиною загальносистемної динаміки виживання, допомагає терапевту зберігати нейтральність і пропонувати гіпотези, які об'єднують сім'ю навколо спільних цінностей та ресурсів. Методологічна суворість системного підходу забезпечує надійний каркас для роботи в умовах високої невизначеності, гарантуючи етичність та ефективність втручань.

8.4. Етапи впливу на сімейну систему

Процес системної сімейної терапії розгортається як послідовність етапів, кожен з яких має свої специфічні цілі, завдання та інструментарій. Початковий етап – фаза *прийому запиту та орієнтації* – починається ще до першої зустрічі. Терапевт аналізує, хто саме звернувся по допомогу, як була сформульована скарга та які очікування існують у різних членів системи. Важливим завданням на цьому етапі є скликання системи: залучення всіх значущих учасників, оскільки відсутність ключової особи може заблокувати можливість глибоких змін. Початковий контакт дозволяє оцінити рівень мотивації та готовності сім'ї до роботи в системному форматі, а також встановити базові правила взаємодії.

Етап *системної оцінки та діагностики* спрямований на збір інформації про структуру, функціонування та історію сім'ї (табл.8.3). Основним інструментом тут виступає генограма, яка дозволяє візуалізувати трансгенераційні зв'язки, повторювані конфлікти, ресурси та втрати. Терапевт досліджує сімейні правила, ієрархію, межі та патерни комунікації, використовуючи циркулярні питання. Ці питання спонукають членів сім'ї описувати

поведінку один одного в різних контекстах, що вже само по собі є терапевтичним втручанням, оскільки вводить нову інформацію та змінює перспективу сприйняття. Результатом цього етапу є створення системного формулювання проблеми – робочої моделі, яка пояснює, як симптом підтримується системними процесами.

Важливим діагностичним інструментом на цьому етапі є метод *циркулярного інтерв'ю*, розроблений представниками Міланської школи. Його суть полягає у використанні непрямих запитань, які допомагають виявити відмінності у сімейних взаєминах замість збору стандартних лінійних описів. Терапевт фокусується на порівнянні реакцій та поведінки: між окремими індивідами, у різних конфігураціях стосунків або в різні періоди часу. При цьому важливою умовою є суворе модерування процесу. Щоб уникнути емоційних спалахів чи відкритих конфліктів, учасники повинні комунікувати виключно через психотерапевта, а будь-які прямі діалоги між ними допускаються лише за його згодою.

Таблиця 8.3

Етапи терапевтичного процесу в системному підході

Фаза терапії	Ключові дії терапевта	Результат етапу
<i>Пре-інтерв'ю</i>	Аналіз запиту, скликання учасників	Формування лікувальної системи
<i>Оцінка</i>	Побудова генограми, циркулярні питання	Робоча гіпотеза, розуміння структури
<i>Контракт</i>	Визначення цілей, етичних рамок	Спільна мотивація, безпека процесу
<i>Втручання</i>	Реструктуризація, парадокси, завдання	Зміна патернів взаємодії, нові сенси
<i>Консолідація</i>	Перевірка стійкості змін, рефлексія	Інтеграція досвіду, завершення
<i>Спостереження</i>	Оцінка віддалених результатів	Підтримка системної стабільності

Для розширення бачення ситуації терапевт застосовує специфічні техніки опитування. Зокрема, використовується залучення третьої особи (коли когось із присутніх просять проко-

ментувати динаміку стосунків між двома іншими членами сім'ї), гіпотетичні запитання у форматі «а що, якби...», а також питання на «читання думок», які спонукають одного родича припустити позицію іншого. Такий обхідний шлях збору даних виконує потужну терапевтичну функцію: він непомітно вводить у сімейну систему нові смисли, допомагає клієнтам усвідомити приховані наслідки власних вчинків і стає каталізатором глибинних змін у їхніх сімейних переконаннях.

Фаза укладання *терапевтичного контракту* передбачає узгодження цілей, тривалості та формату роботи. Контракт у системній терапії є гнучким, проте він має бути чітким щодо відповідальності сторін. На цьому етапі часто використовується техніка позитивної конотації, коли терапевт схвалює поточний стан системи як такий, що мав сенс у минулому, одночасно пропонуючи експериментувати з новими формами поведінки. В умовах війни контракт може включати специфічні пункти щодо безпеки та можливості переходу на дистанційний формат, що забезпечує стабільність терапевтичного процесу в нестабільних обставинах.

Етап *активних інтервенцій* – це серце терапевтичного процесу, де відбуваються безпосередні зміни в системі. Терапевт використовує широкий спектр методів: від структурного розігрування до стратегічних приписів та парадоксальних завдань. Розігрування дозволяє сім'ї продемонструвати свої конфлікти прямо в кабінеті, а терапевту – втрутитися і запропонувати альтернативні способи взаємодії. Домашні завдання спрямовані на перенесення отриманого в сесії досвіду в повсякденне життя, що сприяє закріпленню нових патернів. Важливим аспектом цього етапу є робота з емоціями та прихильністю, що дозволяє створити безпечну базу для трансформації стосунків.

Завершальний етап терапії настає тоді, коли сім'я демонструє здатність самостійно справлятися з викликами та підтримувати функціональну рівновагу. Терапевт допомагає підбити підсумки, закріпити успіхи та обговорити стратегії профілактики рецидивів. Важливо підкреслити автономність сім'ї та її авторство у досягнутих змінах. Процес завершення є поступовим, що дозволяє системі інтегрувати терапевтичний досвід у свою ідентичність.

Навіть після завершення терапії сім'я залишається відкритою до нових рівнів розвитку, маючи у своєму арсеналі інструменти для саморегуляції та адаптації.

Ефективність впливу на кожному етапі залежить від якості терапевтичного альянсу, який у системній терапії є багатовимірним і включає зв'язок терапевта з кожним членом сім'ї та системою в цілому. Моніторинг траєкторій змін після терапії є важливим для розуміння довгострокової ефективності системних втручань, особливо для сімей із високим рівнем стресу. Сучасна практика вимагає від терапевта бути не лише майстром технік, а й чутливим супутником сім'ї на її шляху до самоцілення та розвитку.

Питання для самоперевірки

1. Як концепція системного мислення Л. Берталанфі та кібернетичні принципи Г. Бейтсона трансформували парадигму розуміння психопатології в сімейній терапії?

2. У чому полягає діалектична взаємодія законів гомеостазу та гетеростазу в контексті адаптації сімейної системи до екстремальних стресорів, зокрема в умовах війни?

3. Яким чином структурна модель С. Мінухіна пояснює виникнення дисфункціональних коаліцій через порушення ієрархії та дифузність внутрішньосімейних меж?

4. Як концепт «диференціації Я» у трансгенераційній теорії М. Боуена пов'язаний з процесами триангуляції та багатопокілінною передачею тривоги?

5. Які ключові епістемологічні відмінності між кібернетикою першого та другого порядку, і як вони впливають на терапевтичну позицію фахівця в системі?

6. Як еволюція родини через нормативні кризи життєвого циклу (від стадії монади до тріади і зворотного переходу до монади) трансформує її структурну організацію?

7. Яким чином феномен «паралельних траєкторій життя» дестабілізує комунікативну цілісність родини в умовах воєнного часу та які системні завдання постають перед терапевтом?

8. Яку стабілізуючу та ідентифікаційну роль відіграють сімейні міфи в моменти глибоких соціальних потрясень чи кризових випробувань?

9. У чому полягає системна небезпека явища парентифікації для психологічного розвитку дитини та збереження функціональної ієрархії сім'ї?

10. Як парадоксальні комунікації та «подвійні послання» детермінують розвиток психопатологічних станів згідно з аксіомами прагматики людських комунікацій?

11. Чому принцип циркулярності вимагає від психотерапевта категоричної відмови від лінійної логіки причинно-наслідкових зв'язків при аналізі дисфункції?

12. Як імплементація принципу позитивної конотації симптому сприяє радикальній депатологізації системи та відкриває простір для трансформації?

13. Які стратегічні та діагностичні функції виконує метод циркулярного інтерв'ю з використанням питань на «читання думок» або залучення третьої особи?

14. Чому збереження терапевтом стану нейтральності (активної позиції цікавості) є критично важливим для запобігання деструктивним альянсам?

15. Яким чином структурне розігрування під час фази активних інтервенцій дозволяє реконструювати дисфункціональні патерни безпосередньо в клінічному просторі?

Тести для самоконтролю

1. Фундаментальні засади системного мислення, які стверджують, що властивості цілого принципово відрізняються від простої суми характеристик його складових, були закладені:

- а) Г. Бейтсоном
- б) Л. Берталанфі
- в) С. Мінухіним
- г) М. Боуеном

2. Розширення системних уявлень шляхом інтеграції кібернетичних принципів зворотного зв'язку в аналіз людської комунікації здійснює:

- а) М. Боуен
- б) С. Мінухін
- в) Г. Бейтсон
- г) Ж. Дерріда

3. Який системний закон забезпечує стабільність та збереження звичних патернів взаємодії в родині?

- а) Закон гетеростазу
- б) Закон гомеостазу
- в) Закон ентропії
- г) Закон циркулярності

4. Виникнення дисфункціональних коаліцій, що блокують розвиток автономії індивіда, структурна модель С. Мінухіна пояснює:

- а) Низьким рівнем диференціації Я
- б) Багатопоколінною передачею тривоги
- в) Порушенням ієрархії або дифузністю меж між підсистемами
- г) Наявністю подвійних послань

5. Здатність особистості зберігати інтелектуальну та емоційну незалежність від сімейного злиття в теорії М. Боуена визначається як:

- а) Тріангуляція
- б) Диференціація Я
- в) Гомеостаз
- г) Парентифікація

6. Основними операційними інструментами, які запропонувала Міланська школа (методологія кібернетики другого порядку), є:

- а) Гіпотезування, циркулярність та нейтральність
- б) Екстерналізація та деконструкція
- в) Аналіз перенесень та контрперенесень
- г) Розігрування та парадоксальні приписи

7. Згідно з етапами життєвого циклу родини, стадія, на якій молода людина відокремлюється від батьківського дому та набуває самостійності, називається етапом:

- а) Діади
- б) Тріади
- в) Монади
- г) Квартети

8. В умовах війни члени родини, розділені відстанню чи бойовим досвідом, часто виробляють автономні стратегії виживання. Цей феномен називається:

- а) Синдромом розриву меж
- б) Явищем паралельних траєкторій життя
- в) Трансгенераційною травматизацією
- г) Екстремальним гетеростазом

9. Глибокі спільні переконання, що відповідають на питання про те, ким є ця родина, і найгостріше проявляються в моменти випробувань, визначаються як:

- а) Сімейні правила

- б) Стереотипи взаємодії
- в) Сімейні міфи
- г) Сімейні стабілізатори

10. Дисфункція сімейної ієрархії, за якої дитина змушена виконувати функції дорослого, має назву:

- а) Парентифікація
- б) Інверсія влади
- в) Коаліція
- г) Тріангуляція

11. У дисфункціональних сім'ях часто спостерігаються комунікації, які створюють ситуацію неможливості адекватної відповіді і стають підґрунтям психопатології. Це:

- а) Відкриті норми
- б) Конгруентні повідомлення
- в) Парадоксальні комунікації (подвійні послання)
- г) Циркулярні інтерв'ю

12. Методологічний принцип системної терапії, що базується на відмові від пошуку лінійних причинно-наслідкових зв'язків та дослідженні взаємозалежних петель зворотного зв'язку, називається:

- а) Нейтральністю
- б) Позитивною конотацією
- в) Гіпотетичністю
- г) Циркулярністю

13. Що виступає основним навігатором для розпитування в системній терапії, який пов'язує поведінку учасників і припускає функцію симптому?

- а) Медичний діагноз
- б) Системна гіпотеза
- в) Проективний тест
- г) Директивна порада

14. Специфічний метод переформатування смислового поля, за якого терапевт приписує патологічній поведінці альтруїстичний або захисний сенс, називається:

- а) Парадоксальною інтенцією
- б) Позитивною конотацією
- в) Соціальним конструкціонізмом
- г) Екстерналізацією

15. Яка епістемологічна парадигма постулює, що терапевт-спостерігач є невід'ємною частиною системи, яку він спостерігає?

- а) Кібернетика першого порядку

- б) Структурний редукціонізм
- в) Кібернетика другого порядку
- г) Лінійний детермінізм

16. Важливим завданням на початковому етапі (прийому запиту та орієнтації), без якого неможливі глибокі системні зміни, є:

- а) Побудова розгорнутої генограми
- б) Скликання системи (залучення всіх значущих учасників)
- в) Призначення першого домашнього завдання
- г) Виявлення дифузії меж

17. Основний інструмент на етапі системної оцінки, що дозволяє візуалізувати трансгенераційні зв'язки, втрати та повторювані конфлікти:

- а) Генограма
- б) Соціограма
- в) Енцефалограма
- г) Комунікативна матриця

18. Метод, розроблений Міланською школою, суть якого полягає у використанні непрямих запитань для виявлення відмінностей у сімейних взаєминах (замість збору лінійних описів):

- а) Структурне розігрування
- б) Циркулярне інтерв'ю
- в) Вільні асоціації
- г) Парадоксальний припис

19. Техніка фази активних інтервенцій, яка дозволяє сім'ї продемонструвати свої конфлікти безпосередньо в кабінеті для подальшого втручання терапевта:

- а) Гіпотетичне запитання
- б) Читання думок
- в) Структурне розігрування
- г) Позитивна конотація

20. Головним критерієм настання завершального етапу терапії є стан, коли сім'я: а) Повністю уникає будь-яких конфліктів

- б) Перекладає відповідальність за своє майбутнє на терапевта
- в) Демонструє здатність самостійно справлятися з викликами та підтримувати рівновагу
- г) Делегує функції прийняття рішень підсистемі дітей

Список використаних джерел

1. Абаніна Г. Стратегії опанування психотравматичного досвіду в контексті наративного підходу. *Правничий вісник Університету «КРОК»*. 2017. Вип. 27. С. 140–144. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pvuk_2017_27_20.
2. Абрамов В. Концептуалізація явища ментальної моделі світу в когнітивно-поведінковій та наративній психотерапії. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2024. Вип. 2. С. 14–18. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vknur_2024_2_4.
3. Абрамов В. Порівняльний аналіз і шляхи інтеграції психотерапевтичних підходів схема-терапії та наративної психотерапії. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2020. Вип. 2. С. 5–9. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vknur_2020_2_3.
4. Абрамян Н. Сучасний підхід у використанні методів психокорекції та консультування підлітків. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2017. Вип. 1. С. 4–25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pnpz_2017_10_3.
5. Алексіна Н. Ю., Савченко О. В., Лавриненко Д. Г., Герасименко О. В., Степаненко М. В. Адаптація доказових практик психотерапії: методологічні аспекти та алгоритм роботи. *Психологічні студії*. 2024. № 4. С. 5–15. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psst_2024_4_3.
6. Андрушко Я. Психокорекція : навч.-метод. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 211 с.
7. Афанасьєва Н., Перелигіна Н. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу. Харків : ХНАДУ, 2015. 315 с.
8. Білявська О., Мединська Ю. OPD: 2 Операціоналізована психодинамічна діагностика на базі on-line платформи. Методичні матеріали. Київ : «PSYHOBOOK», 2020. 246 с.
9. Бриндіков Ю. Психотерапевтичні методи як засоби психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Херсонського державного університету. Пе-*

дагогічні науки. 2017. Вип. 76(3). С. 102–107. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znppn_2017_76\(3\)_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znppn_2017_76(3)_23).

10. Ганаба С. Можливості логотерапії у наданні психологічної допомоги учасникам бойових дій: теоретичний аспект. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки*. 2019. № 1. С. 55–66. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znppnrv_pn_2019_1_6.

11. Горностаї П. Особливості групової ідентичності в психотерапевтичних і тренінгових групах. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2012. Вип. 30. С. 93–101. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nsspp_2012_30_9.

12. Данилова Т. В., Салата Г. В., Семенов Ю. О. Психотерапевтичні методи лікування тривожно-фобічних розладів: короткий огляд. *Humanitarian studios: pedagogics, psychology, philosophy*. 2021. Vol. 12, no. 3. С. 26–31. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/hst_2021_12_3_6.

13. Децюк Т., Шестаковська Т., Галкіна К. Синергетика психотерапевтичних методів, тренінгових технологій і сімейної психології: міждисциплінарний підхід. *Psychology travelogs*. 2025. Iss. 2. С. 276–299. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pstr_2025_2_29.

14. Дойчик О. Я., Шкорута І. І. Концептуальна інтеграція нарративних ментальних просторів як когнітивна модель об'єктивації психотерапії у дискурсі Ірвіна Ялома. *Закарпатські філологічні студії*. 2025. Вип. 41(1). С. 106–111. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/trphst_2025_41\(1\)_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/trphst_2025_41(1)_19).

15. Донець Г., Євтушенко І. Загальна характеристика психологічних трансформаційних ігор як психокорекційної методики у роботі психолога-практика. *Вісник Львівського університету. Серія : Психологічні науки*. 2020. Вип. 7. С. 45–52. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlups_2020_7_9.

16. Дучимінська Т. І. Сучасні психотерапевтичні підходи у роботі з сімейною кризою. *Психологічні студії*. 2022. № 2. С. 10–13. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psst_2022_2_4.

17. Етичний кодекс психотерапевта / Українська спілка психотерапевтів (УСП). URL: <https://usp.community/documentation/40-etychnyy-kodeks>

18. Каліна М. Психотерапія : підручник. Київ: Академвидав, 2010. 288 с.

19. Каліщук С. М., Токарева Ю. М. Екзистенційно-системний аналіз образу майбутнього особистості. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Т. 35(74), № 6. С. 95–99. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/sntnvsp_2024_35\(74\)_6_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/sntnvsp_2024_35(74)_6_18).

20. Карпенко Є. EMDR-терапія в умовах війни у наукових дослідженнях: міжнародний досвід. *Наукові інновації та передові технології*. 2025. Вип. 9 (49). С. 1307–1316. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-9\(49\)-1307-1316](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-9(49)-1307-1316)

21. Карпенко Є. В. Емоційний інтелект у дискурсі життєздійснення особистості : монографія. Дрогобич : Посвіт, 2020. 436 с.

22. Карпенко Є. В. Методи сучасної психотерапії : навч. посіб. Дрогобич : Посвіт, 2015. 116 с.

23. Карпенко Є. В. Основи психотренінгу : навч. посіб. Дрогобич : Вид. відділ ДДПУ Івана Франка, 2015. 78 с.

24. Карпенко Є. В. Правові колізії розвитку психотерапії в Україні. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2014. Вип. 2. С. 74–81.

25. Карпенко Є., Карпенко О. Теоретичний аналіз резильєнтності як предиктора успішної адаптації здобувачів вищої освіти до освітнього середовища. *Наукові інновації та передові технології*. 2025. Вип. 12 (52). С. 833–843. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-12\(52\)-833-843](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-12(52)-833-843)

26. Карпенко Є., Одинцова Г. Довіра і сумнів як детермінанти розвитку впевненості засобами позитивної психотерапії. *Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка, Психологія, Медицина*. 2025. Вип. 8 (54). С. 1361–1371. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8\(54\)-1361-1371](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8(54)-1361-1371)

27. Карпенко Є., Савко Н., Лялюк Ю., Колісник Р. Емоційний інтелект в організації структури мотивації особистості. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2024. Вип. 11. С. 57–76. DOI: <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-4>.

28. Карпенко Є.В. Психодрама в умовах війни: терапевтичний потенціал для подолання травми та підвищення стійкості. *Наукові перспективи (Серія «Психологія»)*. 2025. Вип. 8 (62). С. 1337–1350. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-8\(62\)-1337-1350](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-8(62)-1337-1350)

29. Карпенко Є.В., Легка А.І., Яремчишин М.М. Психокорекційні навички та основні терапевтичні підходи у практичній діяльно-

сті психолога-початківця. *Габітус*. 2025. Вип.72. С. 92–96. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.72.1.16>

30. Карпенко Є. Розвиток резильєнтності особистості засобами позитивної психотерапії. *Габітус*. 2025. Вип. 75. Т. 1. С. 218–223. <https://doi.org/10.32782/hbts.75.1.36>

31. Карпенко Є.В., Багрій В.В., Легка А.І. Особливості копінг-поведінки підлітків з неповних сімей (за результатами проєктивної методики «Людина під дощем»). *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2025. Вип. 3 (68). Т.1. С. 79–91. <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-68-3-1-79-91>

32. Карпенко З., Карпенко Є. Теоретична триангуляція у психологічних дослідженнях як епістемологічна технологія. *Психологія і суспільство*. 2025. Т. 92. № 2. С. 46–54. <https://pis.wunu.edu.ua/index.php/uapis/article/view/1342>

33. Кошова І. В. Робота з темою образи в психодраматичній групі. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2022. Вип. 1. С. 18–25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2022_1_5.

34. Крупельницька Н. Ф. Психотерапія у постнекласичній парадигмі : навч. посіб. Київ : ГО «Міжнародна наукова гільдія», 2023. 176 с.

35. Лазаренко О. В. Теоретико-методологічний аналіз факторів невдач в психотерапії. *Габітус*. 2022. Вип. 40. С. 194–199. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2022_40_34.

36. Ленгле А. Емоції і екзистенція. Харків: Гуманітарний центр, 2011. 332 с.

37. Лисенкова І. П., Шевчук Я. Ю. Особливості впливу групової психотерапії на формування зрілої особистості студентів. *Габітус*. 2021. Вип. 30. С. 138–142. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2021_30_26.

38. Москалець В. П. «Над-смісл» у логотерапії безнадійності. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія : Психологія*. 2024. Вип. 17. С. 113–125. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoapp_2024_17_18.

39. Москалець В. П. Логотерапевтичний підхід до психотравм злочинної війни Росії в Україні. *Український психологічний журнал*. 2022. № 1. С. 64–84. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ukpsj_2022_1_6.

40. Мушкевич М., Чагарна С. Основи психотерапії : навч. посіб. Вид. 3-ге. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

41. Наративні психотехнології / за заг. ред. Н. В. Чепелевої. Київ : Главник, 2007. 144 с.
42. Панченко О., Панок В., Кабанцева А., Шовальтер М., Фурман Ю. EMDR-терапія: від опрацювання травми війни до побудови метакогнітивних стратегій. *Освітньо-науковий простір*. 2025. Вип. 8(1.1). С. 94–110. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/educsc_2025_8\(1\)](http://nbuv.gov.ua/UJRN/educsc_2025_8(1))
43. Прайтлер Б. На їхньому боці. Психосоціальна робота з травмованими біженцями. Львів : ВНТЛ-Класика, 2022. 156 с.
44. Про затвердження Змін до Порядку надання психологічної допомоги в системі охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 січ. 2024 р. № 88. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0129-24#Text>
45. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні : Закон України від 15 січ. 2025 р. № 4223-IX. Голос України. 2025. 7 лют. (№ 25). URL: <http://www.golos.com.ua/article/382158>
46. Прожога І. Досвід застосування дистанційної психодрами в соціальній роботі при проживанні кризи пандемії. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2022. Вип. 1. С. 145–151. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/srso_2022_1_17.
47. Професійний стандарт «Психотерапевт». 2025. URL: <https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/750-psihoterapevt.pdf>
48. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. URL: <http://psylib.org.ua/books/alfav.htm>.
49. Реінтеграція ветеранів (в тому числі з інвалідністю): повернення військових до повноцінного життя : метод. рек. / Л. П. Чепіга та ін. Харків : ХНУВС, 2024. 199 с.
50. Сіпко Л. Особливості використання методів психокорекції у роботі з психічною травмою. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 30. С. 588–599. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2015_30_51.
51. Українська Спілка Психотерапевтів. Офіційний сайт. URL: <http://www.usp.lviv.ua>.
52. Фальова О. Напрями та методи психокорекції психічної дезадаптації та порушення розвитку самореалізації особистості жінки в умовах сімейної кризи. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2016. Вип. 6(2). С. 205–209. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2016_6\(2\)_36](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2016_6(2)_36).
53. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї : навч. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк : Вежа-Друк, 2021. 480 с.

54. Федотова С. Сучасні методи психотерапії при роботі з психотравмою. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2024. № 2. С. 91–99. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2024_2_11.
55. Фоменко А. М., Черткова В. О. Психотерапія – «лікування душі»: теоретико-методологічний аналіз. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 12. С. 1355–1370. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prainnsc_2024_12_119.
56. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2021. 160 с.
57. Чорна І. Методи налагодження взаємин подружжя засобами сімейної психотерапії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки*. 2017. Вип. 6. С. 278–286. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2017_6_39.
58. Чудаєва Н. В., Шулдик Г. О. Психодрама. Курс лекцій : навч. посіб. Вид. 2-ге. Умань : Візаві, 2020. 158 с.
59. Шапар Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 640 с.
60. Шапіро Ф. Психотерапія емоційних травм за допомогою руху очей (EMDR). Т. 1. Основні принципи. Київ : «Науковий світ», 2022. 322 с.
61. Шеремет М., Шульженко Д. Логотерапевтична робота з аутичними дітьми. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 26. С. 275–281. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2014_26_59.
62. Шліппе фон А., Швайцер Й. Системна психотерапія та консультування. Львів, 2004. 320 с.
63. Шулдик Г. О., Шулдик А. В. Діагностика та корекція особистісних проблем майбутніх психологів методом психодрами. *Габітус*. 2022. Вип. 36. С. 243–249. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2022_36_42.
64. Dmytruk V. A. Relieving students' anxiety states by using EMDR technique. *Інноваційна педагогіка*. 2022. Вип. 50(1). С. 141–144. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped_2022_50\(1\)_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/innped_2022_50(1)_31).
65. Duarte J. et al. Sparks of Psychotherapeutic Change: How Therapists Understand Moments of Meetings' Contribution to Change in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 2022. Vol. 32(4). Pp. 511–524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1948138>.

66. EMDR Institute. What is EMDR? <https://www.emdr.com/what-is-emdr/>.

67. In search of truth and humanity in the age of war : Proceedings of International Training and Science Conference (21-26 August 2022, Leszno, Poland) / Ed. L. Moskalenko. Leszno, 2022. 262 p. URL: <https://positum.org.pl/wp-content/uploads/2024/01/%D0%92%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%BA%D0%B0.pdf>.

68. Joshi C., Marszalek J., Berkel L., Hinshaw A. An Empirical Investigation of Viktor Frankl's Logotherapeutic Model. *Journal of Humanistic Psychology*. 2014. Vol. 54(2). Pp. 227–253. 10.1177/0022167813504036.

69. Klymenko I., Karpenko Ye., Mazur O., Bakuridze N., Zaitsev D. Problematic aspects of diagnosing mental disorders among military personnel of the Armed Forces of Ukraine. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*. 2023. Vol. 13(2). SI. 36. P. 44–51.

70. Klymenko I., Karpenko Ye., Mazur O., Bakuridze N., Zaitsev D. Problematic aspects of diagnosing mental disorders among military personnel of the Armed Forces of Ukraine. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*. 2023. Vol. 13(2). SI. 36. P. 44–51.

71. Kolesnichenko O.S., Zhdanova I.V., Tyurina V.O., Sereda V.V., Okhrimenko I.M., Karpenko Y.V., Slashchylina A.O. Restoration of cadets' mental and somatic health during their training under stress. *Acta Balneologica*. 2025. Vol. 67(2), P. 108–113. <https://doi.org/10.36740/ABAL202502105>

72. Kullack C., Laugharne J. Standard EMDR Protocol for Alcohol and Substance Dependence Comorbid With Posttraumatic Stress Disorder: Four Cases With 12-Month Follow-Up. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2016. Vol. 10. P. 33–46. 10.1891/1933-3196.10.1.33.

73. Okhrimenko I. M. et al. Peculiarities of stress disorders manifestation in armed conflict participants and directions of their social and psychological rehabilitation. *Acta Balneologica*. 2024. Vol. 66(6). P. 373–378. <https://doi.org/10.36740/ABal202406101>

74. Okhrimenko I.M., Kisel Z.R., Barko V.I., Katolyk H.V., Lialiuik H.M., Karpenko Ye.V., Pavziuk A.A. Peculiarities of stress disorders manifestation in armed conflict participants and directions of their social and psychological rehabilitation. *Acta Balneologica*. 2024. Vol. 66(6). P. 373–378. <https://doi.org/10.36740/ABal202406101> a6o <https://surli.cc/beicoz>

75. Parker G. In search of logotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022. Vol. 56(7). Pp. 742–744. DOI: [10.1177/00048674211062830](https://doi.org/10.1177/00048674211062830)

76. Psychoanalytic Practices and Russia's War Against Ukraine: Reflections and Clinical Observations / edited by M. Velykodna, O. Yakushko, A. Harris. 1st ed. Routledge, 2026. <https://doi.org/10.4324/9781032660257>

77. Quaranta-Leech A., Zaporozhets O., Holland D., Jarero I. Randomized Controlled Trial on the Provision of EMDR-IGTP-OTS-R for Reduction of PTSD Symptomology with Mental Health Professionals in Ukraine. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2024. URL: <https://spj.science.org/doi/epdf/10.34133/jemdr.0007>

78. Schiepek G. et al. Process feedback in psychotherapy. Methods, visualization and case example. *Psychotherapeut*. 2018. Vol. 63(4). Pp. 306–314. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0272-6>

79. Tzur Bitan D. et al. Therapists' Views of Mechanisms of Change in Psychotherapy: A Mixed-Method Approach. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. Pp. 565800. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.565800>

80. Velykodna M. et al. Implementation of the Evidence-Based Practice in Psychology in Ukraine: Prediction Model Development. *Europe's journal of psychology*. 2026. Vol. 22, no. 1. P. 67–88. <https://doi.org/10.5964/ejop.14559>

81. Yakushko O., Velykodna M. Epilogue: Psychoanalysis and Psychotherapy in Wartime: Ukraine – (Not) Bearing the War: Psychoanalytic Reflections on the Russian Invasion of Ukraine. *Psychoanalytic Inquiry*. 2025. Vol. 45, no. 4. P. 448–449. <https://doi.org/10.1080/07351690.2025.2485000>

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Євген Карпенко

**СУЧАСНІ МЕТОДИ
ПСИХОКОРЕКЦІЇ
ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Навчальний посібник

Макетування та верстка

Василь Герман

Дизайн обкладинки

Олег Лазебний

Здано до набору 29.05.2026 р. Підписано до друку 04.06.2026 р.

Гарнітура Times New Roman. Формат 60x84 1/16.

Друк офсетний. Папір офсетний.

Ум. друк. арк. 8,83. Зам. № 15313.

Наклад 300 прим.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції

Серія ДК № 2509 від 30.05.2006 р.

Друк ПП «ПОСВІТ»

Адреса: вул. І. Мазепи, 7, м. Дрогобич, 82100 Україна

e-mail: posvitdruk@gmail.com