

**ISSN 2410-1249**

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА**

**Психологічне консультування і психотерапія**  
**Випуск 20**

**Psychological counseling and psychotherapy**  
**Issue 20**

Започаткований 2014 року

Харків 2023

У журналі представлено різноманіття психотерапевтичних підходів, модальностей та методик, що пов'язані з психологічним та медичним просторами сучасної психотерапевтичної та консультативної допомоги. Розглянуто теоретичні і практичні питання щодо різних аспектів психотерапевтичного втручання при різних розладах, їх гендерні аспекти, методики психодіагностики, взаємодія психотерапії та культури тощо.

Для психотерапевтів, консультантів, практичних психологів та всіх, хто цікавиться питаннями надання психотерапевтичної допомоги.

Затверджено до друку рішенням Вченої ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 21 від 27.11.2023)

Журнал зареєстрований наказом Міністерства освіти і науки України № 627 від 14.05.2020 та внесений до переліку наукових фахових видань України, категорія «Б», спеціальність 053, за якою можуть бути опубліковані результати дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата та доктора в області психології.

#### **Головний редактор**

**Кочарян О. С.**, доктор психологічних наук, професор (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, завідувач кафедри психологічного консультування і психотерапії).

#### **Відповідальний редактор**

**Барінова Н.В.**, кандидат психологічних наук, доцент (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, доцент кафедри прикладної психології).

#### **Члени редколегії:**

**Дора Капоцца**, професор соціальної психології (Університет Падова, Італія)

**Горбанюк Олег**, Люблінський католицький університет імені Івана Павла II, Люблін, Польща

**Павелків Р.В.**, доктор психологічних наук, професор, перший проректор, завідувач кафедри вікової та педагогічної психології Рівненський державний гуманітарний університету (Україна)

**Сєдих К.В.**, Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка, Полтава, Україна

**Павленко В.Н.**, кафедра прикладної психології В.Н. Харківський національний університет імені Каразіна, Харків, Україна

**Мушкевич М.І.**, доктор психологічних наук, доцент, завідувачка кафедри практичної та клінічної психології Волинський національний університет імені Лесі Українки

**Геворкян С.Р.**, Доктор психологічних наук, професор, Ректор Вірменського державного педагогічного університету імені Хачатура Абовяна

**Дімітріс Аргіропулос**, Ph. D. з педагогіки, Університет Парми, Борго Каріссімі, 10 (43121) Парма, Посада: відділ освіти - кафедра DUSIC (відділ гуманітарних, соціальних та культурних справ)

**Вірна Жанна**, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, Україна

**Горностай П. П.**, доктор психологічних наук, старший науковий співробітник (Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, завідувач лабораторії психології малих груп та міжгрупових відносин).

**Паламарчук О.М.**, Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, завідувач кафедри психології та соціальної роботи, доктор психологічних наук, доцент. Вінниця, Україна

**Кочарян Г. С.**, доктор медичних наук, професор (Харківська медична академія післядипломної освіти, професор кафедри сексології та медичної психології).

**Фалева О.Є.**, доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри гуманітарної, психологічної підготовки та митної ідентифікації культурних цінностей Університету митної справи та фінансів, м. Дніпро, Україна

**Фоменко К. І.**, кандидат психологічних наук, Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди.

**Хомуленко Т. Б.**, доктор психологічних наук, професор (Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди, завідувач кафедри практичної психології).

**Чабан О. С.**, доктор медичних наук, професор (НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, завідувач відділу пограничних станів та соматоформних розладів, професор кафедри психології та педагогіки медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця).

**Шестопалова Л. Ф.**, доктор психологічних наук, професор (НДІ неврології, психіатрії та наркології АМН України, завідувач відділу медичної психології).

**Джакомуччі С.**, доктор медичних наук (DDr.) (Медичний університет Інсбрука, кафедра психіатрії і психотерапії, Австрія).

#### **Технічний секретар**

**Гірник С. А.**, канд. фіз. - мат. наук, (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, кафедра медичної фізики та біомедичних нанотехнологій).

#### **Адреса редакційної колегії**

61022, Харків, майдан Свободи, 6, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, кафедра психологічного консультування і психотерапії, каб. 406. Тел. +38(057)707-50-88.

Сайт видання: <https://periodicals.karazin.ua/psychotherapy>

Електронна адреса: [pcrjournal@karazin.ua](mailto:pcrjournal@karazin.ua)

Статті пройшли внутрішнє та зовнішнє рецензування.

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №20643-10463Р від 27.02.2014

The Journal presents a variety of psychotherapeutic approaches, modalities and techniques related to the psychological and medical spaces of modern psychotherapeutic and counseling care. Theoretical and practical issues on various aspects of psychotherapeutic intervention in various disorders, their gender aspects, methods of psychodiagnostics, the interaction of psychotherapy and culture, etc. are considered.

For psychotherapists, counselors, practical psychologists and anyone interested in providing psychotherapeutic care.

Approved for publication by the decision of the Academic Council of V.N. Karazin Kharkiv National University (Protocol no 21 of 27.11.2023)

The Journal is registered by the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine № 627 from 14.05.2020 and included in the list of scientific professional publications of Ukraine, category "B", specialty 053, which can be published dissertations for the degree of candidate and doctor in psychology.

#### **Editor in Chief**

**Kocharyan O.S.**, Doctor of Psychological Sciences, Professor V.N. Karazin Kharkiv National University, Head of the Department of Psychological Counseling and Psychotherapy).

#### **Executive Editor**

**Barinova N.V.** - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor (V.N. Karazin Kharkiv National University, Associate Professor of Applied Psychology).

#### **Members of the Editorial Board**

**Dora Capozza**, Professor of Social Psychology (University of Padua, Italy)

**Oleg Gorbanjuk**, The John Paul II Catholic University of Lublin, Lublin, Poland

**Pavel Pavelkiv**, Doctor of Psychological Sciences, Professor, First Vice-Rector, Head of the Department of Age and Pedagogical Psychology, Rivne State University for the Humanities (Ukraine)

**Kira Sedykh**, Poltava V.G. Korolenko National Pedagogical University, Poltava, Ukraine

**Valentyna Pavlenko**, Department of Applied Psychology, V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

**Myroslava Mushkevych**, Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Practical and Clinical Psychology, Lesya Ukrainka Volyn National University

**Srbuhi Gevorgyan**, Doctor of Psychology, Professor, Rector of the Khachatur Abovyan Armenian State Pedagogical University

**Dimitris Argyropoulos**, Ph.D. in Pedagogy, University of Parma, Borgo Carissimi, 10 (43121) Parma, Position: Department of Education - Department of DUSIC (Department of Humanitarian, Social and Cultural Affairs)

**Virna Zhanna**, Lesia Ukrainka East European National University, Lutsk, Ukraine

**Gornostay P.P.**, Doctor of Psychological Sciences, Senior Research Fellow (Institute of Social and Political Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Head of the Laboratory of Psychology of Small Groups and Intergroup Relations).

**Palamarchuk O.M.**, Vinnytsia State Pedagogical University named after Mykhailo Kotsyubynsky, Head of the Department of Psychology and Social Work, Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor. Vinnytsia, Ukraine

**Kocharyan G.S.**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Professor of Sexology and Medical Psychology).

**Faleva O.E.**, Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor, Professor of the Humanitarian, Psychological Training and Customs Identification of Cultural Property Department, University of Customs and Finance, Dnipro, Ukraine

**Fomenko K.I.**, Candidate of Psychological Sciences, G. S. Skovoroda National Pedagogical University, Kharkiv.

**Khomulenko T.B.**, Doctor of Psychological Sciences, Professor G. S. Skovoroda National Pedagogical University, Head of the Practical Psychology Department.

**Chaban O.S.**, Doctor of Medical Sciences, Professor (Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Head of the Borderline Conditions and Somatoform Disorders Department, Professor of Psychology and Pedagogy, Faculty of Medicine and Psychology, Bogomolets National Medical University).

**Shestopalova L.F.**, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Research Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the Academy of Medical Sciences of Ukraine, Head of the Medical Psychology Department.

**Giacomuzzi S.**, Doctor of Medical Sciences (DDR.) Medical University of Innsbruck, Psychiatry and Psychotherapy Department, Austria).

#### **Technical Secretary**

**Girnyk S.A.**, Ph.D. of Phys.-Mat. Sciences, V.N. Karazin Kharkiv National University, Medical Physics and Biomedical Nanotechnologies Department.

**Address of the editorial board:** 61022, Kharkiv, Maidan Svobody, 6, V.N. Karazin Kharkiv National University, Psychological Counseling and Psychotherapy Department, office. 406. Tel. +38 (057) 707-50-88.

Publication site: <https://periodicals.karazin.ua/psychotherapy>

E-mail: [pcpjournal@karazin.ua](mailto:pcpjournal@karazin.ua)

Articles have been reviewed internally and externally.

Certificate of state registration KV 6420643-10463R dated 27.02.2014

© V.N. Karazin Kharkiv National University,  
design, 2023

## ЗМІСТ

<b>РОЗДІЛ: ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ.....</b>	<b>6</b>
<i>Кочарян О.С., Барінова Н.В., Барінов С.А.</i> Можливості сучасної клієнт-цетрованої та еспірієнтальної психотерапії.....	6
<b>РОЗДІЛ: ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ .....</b>	<b>14</b>
<i>Бондаренко О.Ф., Гурецька А.О.</i> Хоспіс з погляду синергійної антропології: пацієнти, їхні родичі, працівники .....	14
<i>Байер О.</i> Терапія гідності як метод паліативної психологічної допомоги .....	18
<i>Научитель О.Д., Харченко А.О.</i> , Оповідання про хібукі – інструментарій психолога в роботі з психотравмою дитини .....	26
<i>Кочарян Г.С.</i> Гіпно-сугестивна терапія та сексуально-поведінковий тренінг в корекції гомосексуальності. Випадок із клінічної практики .....	31

---

**CONTENT**

<b>SECTION: THEORETICAL AND METHODOLOGICAL PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL ADVICE AND PSYCHOTHERAPY.....</b>	<b>6</b>
<i>A. Kocharian, N. Barinova, S. Barinov.</i> The Possibilities of Modern Client-Centered and Experiential Psychotherapy .....	<b>6</b>
<b>SECTION: PSYCHOLOGICAL CONSULTING AND PSYCHOTHERAPY.....</b>	<b>14</b>
<i>A. Bondarenko, A. Guretska.</i> Hospice from the Point of View of Synergistic Anthropology: Patients, Their Relatives, Workers .....	<b>14</b>
<i>O. Bayer.</i> Dignity Therapy as a Method of Palliative Psychological Assistance.....	<b>18</b>
<i>O. Nauchitel, A. Kharchenko.</i> A Story About Hibuki - A Psychologist's Instruments in Work with Children's Trauma .....	<b>26</b>
<i>G. Kocharyan.</i> Hypnosuggestive Therapy and Sexual-Behavioral Training in the Correction of Homosexuality. A Case from Clinical Practice .....	<b>31</b>

---

**SECTION: THEORETICAL AND METHODOLOGICAL PROBLEMS OF  
PSYCHOLOGICAL ADVICE AND PSYCHOTHERAPY  
РОЗДІЛ: ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО  
КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

UDK 159.98:615.851  
DOI 10.26565/2410-1249-2023-20-01

**МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ КЛІЄНТ-ЦЕТРОВАНОЇ  
ТА ЕСПІРІЕНТАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ**

**Кочарян О.С.**

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
м. Свободи, 4, м. Харків, 61022, Україна*

*E-mail: kocharian55@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8998-3370>*

**Барінова Н.В.**

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
м. Свободи, 4, м. Харків, 61022, Україна*

*E-mail: barinova.n2310@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5103-0611>*

**Барінов С.А.**

*Індивідуальний підприємець. Харків, Україна*

В Україні зараз тривають важливі процеси визначення тих напрямів психотерапії, які заслуговують на офіційне визнання законодавством. Офіційне визнання психотерапевтичних методів і методик пов'язане з тим, що вони визнаються клінічно і статистично ефективними. Така психотерапія відшкодовується страховкою і активно просувається на навчальних курсах, причому часто "за рахунок інших методів психотерапії". Сама психотерапевтична процедура стає дедалі більш стандартизованою і знеособленою, відповідною протоколу. Доля клієнт-центрованої та експерієнтальної психотерапії (РСЕ-терапії) не така проста у світі: докази її ефективності не відображені в рекомендаціях NICE (Національний центр співробітництва у сфері психічного здоров'я) щодо депресії та шизофренії, які певною мірою визначають політику в галузі охорони здоров'я. Тому існують широко поширені упередження щодо неефективності цього напрямку терапії: вона не є ефективною при тяжких психічних захворюваннях, при кризових станах, при специфічних фобіях і травмах, при поведінкових проблемах, для тих клієнтів, які потребують директивного підходу, для оцінки та діагностики клієнтів тощо. У статті наведено конкретні дослідження ефективності клієнт-центрованої та експерієнтальної психотерапії конкретної симптоматики (тривоги, депресії, шизофренії, прикордонних особистісних розладів і деяких соматичних розладів), а також наведено дані метааналізу ефективності клієнт-центрованої та експерієнтальної терапії. РСЕ-терапія виявила високу ефективність за критеріями: "до-після" лікування; 2) "лікування-відсутність лікування"; 3) "порівняння з іншими видами психотерапії" - отримані дані загалом статистично і клінічно еквівалентні за ефективністю іншим методам психотерапії. РСЕ-терапія виявилася найефективнішою при: міжособистісних проблемах, самоушкоджувальній поведінці, оволодінні хронічними соматичними захворюваннями, психозі. Виявилось, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) має неоднозначні переваги порівняно з РСЕ-терапією. Однак, Елліотт і співавт. зазначають, що, по-перше, ці "дослідження переважно були виконані КП-терапевтами", а, по-друге, "як умови порівняння бралися недоброякісні версії РСЕ-терапії". Найефективнішими методами РСЕ-терапії виявилися EFT і РСТ. Наведено перелік підходів, які входять до РСА-терапії, та надано їхню загальну характеристику.

**Ключові слова:** *перелік, характеристика, упередження, критерії ефективності, метааналіз ефективності клієнт-центрованої та експерієнтальної психотерапії*

Офіційне визнання психотерапевтичних методів і методик пов'язане з тим, що вони визнаються клінічно і статистично ефективними (Chambles, Hollon, 1998; DeRubeis, R.&Crits-Christoph, 1998). Така психотерапія відшкодовується страховкою і активно просувається на навчальних курсах, причому часто "за рахунок інших методів психотерапії" (American Psychological Association, 2019; Elliott et al., 2021; National

Collaborating Centre for Mental Health, 2009, 2014). Сама психотерапевтична процедура стає дедалі більш стандартизованою і знеособленою, такою, що відповідає протоколу. Психотерапія все більше відходить від її розуміння як мистецтва, вона все більш намагається стати «наукою». Проте, експерієнтальні (переживальні) аспекти психотерапії зберігаються, навіть, у когнітивно-поведінковому напрямі,

**How to cite:** Kocharian, A., Barinova, N., Barinov S., (2023). The Possibilities of Modern Client-Centered and Experiential Psychotherapy, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (20), 6-13. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-01> (in Ukrainian)

**Як цитувати:** Кочарян О.С., Барінова Н.В. (2023). Можливості сучасної клієнт-цетрованої та есперієнтальної психотерапії, *Психологічне консультування і психотерапія*, (20), 6-13. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-01>

© Кочарян О.С., Барінова Н.В., Барінов С.А., 2023; CC BY 4.0 license

наприклад, у психотерапії, сфокусованої на співчутті (Gilbert, Simos, 2022) та схема-терапії (Young et al., 2003).

В Україні нині тривають важливі процеси визначення тих напрямів психотерапії, які заслуговують на офіційне визнання законодавством. Доля клієнт-центрованої та експеріментальної психотерапії (PCE-терапії) не така проста у світі: докази її ефективності (Elliott et al., 2004, 2021) не відображені в настановах NICE (Національний центр співробітництва в галузі психічного здоров'я) щодо депресії та шизофренії (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009, 2014), які певною мірою визначають політику в галузі охорони здоров'я. Тому існують широко поширені упередження щодо неефективності цього напрямку терапії.

В літературі існують такі точки зору, які є сталими міфологемами щодо оцінки можливостей клієнт-центрованої та експеріментальної психотерапії. За висновкам, що згенерувала нейронна мережа, такі види психотерапії не є ефективними:

1) при важких психічних захворюваннях (шизофренія, біполярний розлад, важка депресія, межові особистісні розлади);

2) при кризових станах: може бути більш доцільним негайне кризове втручання і більш структурований підхід, наприклад, когнітивно-поведінкова терапія або діалектична поведінкова терапія;

3) при специфічних фобіях та травмах: клієнт-центрована терапія не може бути основним вибором для лікування специфічних фобій або травм. Такі методи, як експозиційна терапія (PE) або травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, можуть бути більш ефективними в таких випадках;

4) при поведінкових проблемах, що потребують модифікації поведінки: клієнт-центрована терапія не зосереджена на модифікації поведінки. Для таких проблем, як залежність, розлади поведінки або інші поведінкові проблеми, більш ефективними можуть бути такі види терапії, як поведінкова терапія або діалектична поведінкова терапія;

5) для тих клієнтів, які потребують директивного підходу: деякі люди можуть віддавати перевагу або отримувати користь від більш директивного підходу, де є більш чітка структура й керівництво;

6) для оцінки та діагностики: клієнт-центрована терапія може бути не найкращим вибором для первинної оцінки та діагностики, особливо коли для визначення відповідного діагнозу та плану лікування необхідне ретельне психологічне обстеження або тестування.

Достатньо свіжими є дані щодо ефективності та специфічності саме когнітивно-поведінкової психотерапії, що робить її доказовою (Barkham et al., 2021; Barth J., Munder T., Genger H. et al., 2013).

А що робити з клієнт-центрованою психотерапією, за словами Маргарет Ворнер (Warner, 2000), «клієнт-центрованої нації» - тільки погодитися на те, що вона є Пре-терапією не в сенсі Гаррі Пруді (Proudy, 1999), як окремого психотерапевтичного підходу, який працює з глибоко порушеними клієнтами, які «не можуть сприйняти «основні – необхідні та достатні

умови» (психотерапевтичної зміни клієнта, що надає психотерапевт – О.К.) через психоз та пошкодження головного мозку (шизофренія, розумові ушкодження, деменція тощо). Її статус – передувати іншим серйозним типам психотерапії – спочатку ми налагоджуємо контакт з клієнтом (це й є функція клієнт-центрованої психотерапії), а потім використовуємо справжню психотерапію – психодинамічну, когнітивно-поведінкову тощо.

Mick Cooper у групі International Forum for the Persons-Centered Approaches занотував, що «докази часто свідчать про те, що клієнт-центрована терапія (КЦТ) в порівнянні з іншими видами психотерапії не дуже добре впорається» з проблемами клієнта.

Окрім того, є й неуподобання у клієнтів в межах КЦТ. Мова йде про такі аспекти терапії (Mick Cooper у групі International Forum for the Persons-Centered Approaches):

✓ терапевт надає замало інформації клієнтові про стратегії подолання стресових ситуацій, про конкретні методи саморегуляції;

✓ клієнти погано переносять мовчання, їх воно дратує, воно здається незручним.

Таку негативну картину щодо загального враження клієнт-центрованої терапії доповнює клієнт-центрований психотерапевт Юрген Кріж (Kriz, 2006), який писав, що час для клієнт-центрованої психотерапії ще не настав – вона стане актуальною через 10-15 років. Він це наголосив майже 20 років тому, а вона досі ще не стала провідною психотерапевтичною силою. Але здатність до самоіронії - це запорука розвитку психотерапевтичної модальності й не тільки у комерційному сенсі.

К. Роджерс (Rogers, 1959) запропонував декілька яскравих гіпотез щодо необхідних та достатніх умов зміни клієнта у 1959 році, а Мік Купер дуже влучно пише, що це сталося більш, ніж 60 років тому. Він відмічає, що «доки ми визначаємо клієнт-центровану терапію з точки зору п'яти умов, ми замкнені у минулому, й не можемо рости й розвиватися». Він згадує такі «племена клієнт-центрованої нації» (Warner, 2000), як «емоційно-фокусована терапія» (EFT) Леслі Грінберга та «фокусування» Ю. Джендліна, які випереджують інші види клієнт-центрованої терапії з ефективності. На сьогодні виділяють шість основних теоретичних напрямів клієнт-центрованої терапії:

1) фундаменталістський (основа – базові засади Роджерса підходу) – ідея недирективності; довіра до організмичної тенденції, що саме вона призводить до зростання та розвитку; для актуалізації організмичної тенденції необхідно створити необхідні та достатні умови терапевтичної зміни клієнта;

2) експеріментальний (основа – робота з переживаннями) – це роботи Джендліна з фокусування; роботи Леслі Грінберга з емоційно-фокусованої терапії (EFT);

3) клінічний (терапія як функціональні відносини);

4) інтерактивний;

5) екзистенційно-орієнтований;

6) системно-теоретичний.

Елліотт та спіавт. (Elliott et al., 2021) визначили 9 напрямків гуманістично-експерієнтальної психотерапії (НЕР):

1) РСТ (людиноцентрована психотерапія К. Роджерса); 2) гештальттерапія; 3) емоційно-фокусована терапія (Грінберг); 4) мотиваційне інтерв'ю (Miller, Rollnick, 2012); 5) психодрама; 6) фокусування (Джендлін); 7) психотерапія, орієнтована на тіло (Kernper, 1993); 8) фокусована експресивна терапія (Daldrup, Beutler, Engle, Greenberg, 1988); 9) деякі варіанти екзистенційної терапії.

РСЕ-терапія має ряд спільних специфічних ознак:

1) феноменологічність - досвід клієнта, його переживання мають центральне значення. Викликає на інтерес не події у житті клієнта, ні відповіді на питання: «Чому?» таке сталося, а саме досвід клієнта, його переживання, тілесні маніфестації, ранні спогади та думки;

2) психотерапія уявляє собою процес розгортання досвіду клієнта, - спочатку такий досвід є позасвідомий, у клієнта з ним немає контакту, а потім - він й усвідомлюється, й стає виразним;

3) психотерапія направлена, по-перше, на стимуляцію емоційного досвіду, а, по-друге, на його зміну;

4) така зміна реалізується двома шляхами: а) за рахунок механізму емоційного врівноваження, коли негативні переживання доводяться до межі, до максимуму, до «точки кипіння» після чого спонтанно виникають позитивні, ресурсні переживання (Rogers, 1961). Такий механізм є близьким до пролонгованої експозиції (PE); б) за рахунок трансформації емоційного досвіду - знаходяться або створюються позитивні (ресурсні) переживання, які змінюють негативні (Greenberg, Rice, Elliott, 1993);

5) люди є мудрішими, ніж їх інтелект, й тому слід шукати правду ні в голові, а у «мовчазному» досвіді;

6) люди розвиваються й змінюються у психотерапії за рахунок ні зовнішніх поштовхів, а за рахунок актуалізації організмичної, або формуючої тенденції, яка має не тільки значення інтенсивності, але й сенсу. Роджерс не надав переліку таких тенденцій;

7) психотерапевтичне спілкування - це й ні техніка, й ні ожилі «тіні минулого». Це справжній, оздоровлюючий емоційний досвід, Зустріч;

8) людина розглядається цілісно - поза медичного контексту, ні як симптом, нозологія, або характерологічний тип.

Різноманіття підходів «клієнт-центрованої нації» неминуче приводить до того, що розширюються мішені цієї психотерапії. На офіційному сайті компанії Talkspace, яка займається онлайн- та мобільною терапією й базується у Нью-Йорку, наведено список проблем, які спроможна вирішити клієнт-центрована терапія: 1) проблеми у відносинах, 2) фобії, 3) панічні напади, 4) зловживання психоактивних речовин, 5) розлади особистості, 6) депресія, 7) розлади харчової поведінки, 8) психотравми.

### **Як визначити тип психотерапії, як такий, що заслуговує на довіру?**

Нещодавно товариство клінічних психологів (SCP) APA оновило свої критерії тих методів лікування, які мають емпіричну підтримку (EST) (Tolin, Forman, Klonsky, Thombs, 2015), й які є розвитком критеріїв емпіричної підтримки психотерапії Чамблс и Холлон (Chambles, Hollon, 1998).

Наведу деякі з них:

1) підтвердження результатів як мінімум у двох незалежних дослідженнях;

2) дослідження гарно сплановані (групи контролю – порівняння «до- й після», порівняння методів; порівняння з групою плацебо; порівняння з групою зі списку очікування; а також наявність рандомізованої вибірки; персонал не повинен знати, до якої групи входять досліджувані; експерти повинні бути «сліпі» - не знати, яким методом лікувався досліджуваний; учасники дослідження теж повинні не знати, яке лікування вони проходять - «частково сліпі»);

3) лікування чинить клінічно значущий вплив на симптоматику захворювання;

4) лікування чинить клінічно значущий вплив на функціональні результати (успішність навчання або праці, частота відвідування, соціальна активність тощо). Слід включати в аналіз хоча б один показник функціонального стану);

5) наявність відтермінованого впливу після лікування – не менш, ніж 3 місяці після завершення лікування;

6) незначний ризик завдання шкоди, чіткий позитивний баланс між користю та можливою шкодою;

7) існування хоча б одного гарно проведеного дослідження в лікувальних установах, а не у дослідницьких – наприклад, у центрах психологічного здоров'я, органах охорони здоров'я або у межах приватної практики;

8) для реалізації лікування повинні бути ресурси, що співставні з результатами лікування;

Існують 3 види висновків за результатами статистичних досліджень, тобто емпіричної підтримки (DeRubeis, Crits-Christoph, 1998):

1) психотерапія ефективна та специфічна;

2) психотерапія дієва;

3) психотерапія можливо дієва.

В результаті робоча група експертів повідомляє причину, за якою метод психотерапії не було рекомендовано.

Треба сказати, що далеко не всі дослідження ефективності психотерапії задовольняють наведеним вище критеріям Чамблс и Холлон, які є основою емпіричної підтримки методу психотерапії.

Більш того, статистичні оцінки не є безперечними [DeRubeis, Crits-Christoph, n1998): емпіричні дослідження можуть показати статистичну значущість, але не бути клінічно значущими. В цьому сенсі викликає на інтерес робота Вікена (Viken, 1992), у якому він запропонував новий вид абсурдної псевдотерапії й демонструє як можна доказати її ефективність. Цей метод уявляє собою «норвезьке



голковколвання» лівого ліктя. При цьому проспівуються заклинання норвезькою мовою. Тест-ретестові показники є дуже високими, наприклад за критерієм «підвищення настрою».

Джонсон Сью (Johnson, 2019) пише, що психотерапевтичні підходи «відрізняються ступенем конкретизації, глибиною теорії, на яку спираються, й кількістю емпіричного досвіду», й що в цій царині «панує хаос». Вона відмічає, що «...за результатами великих досліджень усі методи лікування однаково ефективні». Далі відносно даних метааналізу вона пише, що «безліч досліджень різної якості потрапляють у загальний котел, з якого вилучаються утрєднені й найчастіше безглузді результати».

Наведу дані щодо метааналізу 91 дослідження, проведеного Елліотт та спіавт. (Elliott et al, 2021). Загалом (без урахування впливу на окремі симптоми) можна сказати, що **РСЕ-терапія виявила високу ефективність за критеріями:**

1) «до-після» лікування; 2) «лікування-відсутність лікування»; 3) «порівняння з іншими видами психотерапії» - отримані дані у цілому статистично та клінічно еквівалентні за ефективністю іншим методам психотерапії.

Виявилось, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) має неоднозначні переваги у порівнянні з РСЕ-терапією. Однак, Елліотт та спіавт. (Elliott et al, 2021) відмічають, що, по-перше, ці «дослідження переважно були виконані КП-терапевтами», а, по-друге, «у якості умов порівняння бралися недоброякісні вірсії РСЕ-терапії». Найефективнішими методами РСЕ-терапії виявилися ЕФТ та РСТ. Підтримуючі недирективні підходи виявилися найменш ефективними, особливо у порівнянні з КПТ.

**РСЕ-терапія виявилася найбільш ефективною при:** міжособистісних проблемах, самоушкоджувальній поведінці, опануванні хронічних соматичних захворювань, психозі. Дані щодо ефективності РСЕ-терапії депресії та тривоги були неоднозначні.

Наведу деякі дослідження, що стосуються ефективності клієнт-центрованої та експірієнтальної психотерапії деяких поширених розладів.

### **ТРИВОГА**

1) Дослідження Теуш з колегами (Teusch, Vöhme, Gastpar, 1997). 40 клієнтів з важкою панікою та агорафобією. Здійснювалися 2 типи впливу - чиста КЦТ та КЦТ в поєднанні з експозиційною терапією. Заміри стану здійснювалися на початку лікування, під час виписки, через 3, 6 й 12 місяців після закінчення лікування. Після лікування комбінована терапія була вище за ефективністю, але за 1 рік статистично значущої різниці у редукуванні симптомів тривоги між цими різними впливами не було.

Борковиц та Костелло (Borkovec, Costello, 1993) провели 12 сесій КПТ та КЦТ. Ефект «до-після» вище у групі КЦТ (стандарне відхилення становить 0,99, мінімально клінічно значуща відмінність є 0,4). У групі КПТ стандарне відхилення становило 0,36, що не є статистично значущо.

Барроуклоут та спіавт. (Barrowclough et al., 2001) отримали аналогічні дані щодо ефективності КЦТ літніх людей у порівнянні з КПТ.

Були проведені дослідження щодо ефективності КПТ та КЦТ панічних розладів спеціалістами у когнітивній психотерапії (Beck, Sokol, Clark, Berchick, Wright 1992; Borkovec, Costello, 1993; Borkovec, Mathews, 1988; Borkovec et al., 1987), які показали, що експірієнтальна терапія ефективна, але більш ефективною є КПТ. Саме вона є специфічною та ефективною.

Елліотт та спіавт. (Elliott] et al., 2004) пояснюють це тим, що автори є когнітивно-поведінковими терапевтами, а тому на них діє «**ефект відданості**», який Ернесто Спінеллі (Spinelli, 2002) «ефект Джамбо». Коли лояльність дослідника контролюється, різниця між, з одного боку, КЦТ та експірієнтальною терапією, а, з другого, - КП-терапією перестає бути статистично значущою (стандарне відхилення становить 0,18). Також, Wolf & Sigh (Wolfe, Sigl, 1998) припустили, що при панічних нападах клієнтові важливо надавати інформацію щодо ролі травми і раціональної поведінки при панічних нападах.

При аналізі ефективності психотерапії визначалися різні показники, що контролюються: почуття провини, сорому, самотності, міжособистісного спілкування, гендерно-рольового стресу, тривоги, гніву тощо.

Кларк (Clarke, 1993) порівняли ЕТ з КПТ за ефективністю при лікуванні жертв сексуального насильства. Порівняння різниці була статистично значуща (стандарне відхилення становить 0,76. Але в дослідженні було тільки 10 спостережень.

Метааналіз [Elliott et al, 2004] 6 досліджень травми та жорстокого поводження (Clarke, 1993; Elliott, Davis, Slatick, 1998; Paivio, Greenberg, 1995; Paivio, Nieuwenhuis, 2001; Ragsdale, Cox, Finn, Eisler, 1996; Souliere, 1995) довів ефективність ЕТ за критеріями «до-після» (стандарне відхилення становить 0,46). У двох останніх з наведених дослідженнях також використовувалася у якості контролю група зі списку (тобто та, яка не отримувала лікування).

### **ДЕПРЕСІЯ**

У дослідженнях Brent та спіавт et al. (Brent et al., 1997), Колко та спіавт. (Kolko, Brent, Vaugher, Bridge, Birmaher, 2000), порівнювали недирективно-підтримуючу терапію і КПТ при лікуванні депресії у підлітків. У першому з вище зазначених звітів було зазначено, що індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія більш ефективна, але у другому дослідженні було показано, що за 24 місяці після закінчення лікування показники симптомів депресії, когнітивного та сімейного функціонування при зазначених формах психотерапії не розрізнялися (SD=0,13).

На німецькій вибірці (Mestel, Votsmeier-Röhr, 2000) з 412 осіб було досліджено ефективність шості недільної програми процес-експірієнтальної терапії. Пацієнти були з помірною та тяжкою депресією. Вимірювали як симптоми депресії, так і інтерперсональні проблеми та якість самоставлення. Було 3 тест-ретестових дослідження: на початку лікування, при кінці лікування та через 22 місяці після

закінчення лікування. Загальний ефект виявився статистично значущим.

Елліотт та співавт. (Elliott et al., 2004) навели дані щодо метааналізу даних 9 досліджень щодо ефективності депресії, й виявили тест-ретестову ефективність (стандартне відхилення становило  $SD=0,55$ ).

Кінг та співавт. (King et al., 2000), Уотсон та співавт. (Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, Steckley, 2001) навели дані щодо відсутності статистично значущих відмінностей між КПТ та ЕТ депресії.

Наприкінці свого метааналізу Елліотт та співавт. (Elliott et al., 2004) роблять висновок, що експірієнтальна терапія є специфічною та ефективною.

### ШИЗОФРЕНІЯ.

За результатами Висконсійського дослідження (Rogers, Gendlin, Kiesler, Truax, 1967) дослідників чекало розчарування – КЦТ не виявила ефективність лікування шизофренії. Однак, останні дослідження у Європі почали підтверджувати ефективність вказаної психотерапії.

Дослідники [Teusch, Finke, Böhme, 1999; Teusch, 1990; Tscheulin, 1996] надали звіти досліджень, які охоплюють пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування в клініці. Вони демонструють цінність КЦТ при лікуванні шизофренії. Екерт та Вухнер (Eckert, Wuchner, 1996) навели дані лікування 13 пацієнтів в рамках 100-денної програми, яка основана на принципах КЦ підходу. Порівняння «до-після» ( $SD=0,59$ ) виявило ефективність терапії. Теуш (Teusch, 1990) дослідив 73 високофункціональних пацієнтів в аналогічній 12-тижневої стаціонарної програмі. Він також визначив ефективність КЦТ.

У дослідженні Тар'є та співавт. (Tartier et al., 1998) визначено, що КПТ є більш ефективною, але пізніше (Tartier et al., 2000) автори показали, що за 24 місяці КЦТ стала кращою, ніж КПТ.

### МЕЖОВІ РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ

Екерт та Вухнер (Eckert, Wuchner, 1996) показали ефективність КЦТ у рамках 100-денної програми.

Елліотт та співавт. (Elliott et al., 2004) навели дані метааналізу 15 досліджень КЦТ терапії тяжких дисфункціональних пацієнтів, у тому числі тих, хто вчинив насильство у сім'ї. Тест-ретестовий ефект є статистично значущим (стандартне відхилення становить  $SD=0,50$ ).

### РАК

Шпігель та співавт. (Spiegel, Bloom, Yalom, 1981) порівняли плин метастатичного раку молочної залози при включенні в терапію недирективної групової терапії та звичайної терапії. Виявилось, що при включенні у терапію групової психотерапії покращилися. Показники психологічного дистресу та збільшувався час життя – 31 місяць у порівнянні з 11 місяцями.

У дослідженні Ван дер Помпе та співавт. [van der Pompe, Duivenvoorden, Antoni, Visser, Heijnen, 1997] у комплекс лікування жінок, хворих на рак молочної

залози ранньої стадії (зі збільшенням пахвових лімфатичних залоз) було включено 13-ти тижневу програму експірієнтальної групової терапії. У якості контролю була зі списку очікування (вона очікувала свою чергу у лікуванні). Було визначено покращення за багатьма показниками: 1) рівень кортизолу у плазмі крові; 2) кількість Т-лімфоцитів.

В дослідженні Едельман та співавт. [Edelman, Bell, Kidman, 1999] порівняли ефект групової підтримуючої терапії з КПТ пацієток з нещодавно виявленим раком молочної залози. Не було визначено різниці «до-після» при кожному з двох видів психотерапії. Висновок цього дослідження – психотерапія не приводить до суттєвих результатів.

### РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Якобі (Jacobi, 1995) дослідив вплив індивідуальної музичної експірієнтальної психотерапії на 27 пацієнтів поліклініці. Здійснювалося тест-ретестове діагностування на початку лікування, на 6 сесії, на 2-му тижні, на 8-му тижні. Виявилось суттєве покращення стану – 1) рівня психологічного дистресу (за даними симптоматичного опитувальника SCL-90) та 2) поведінкового функціонування (швидкість ходьби).

Greenberg et al. (Elliott et al., 2004).

Елліотт та співавт. (Elliott et al., 2004) зробили метааналіз 52 досліджень традиційної КЦТ, 18 процесуально-експірієнтальної терапії, 10 емоційно-фокусованої терапії пар, 14 емоційно-сфокусованої терапії. Вони показали, що експірієнтальна терапія є обґрунтованою та статистично й клінічно значущою. У третьому метааналізі Елліотт та співавт. (Elliott et al., 2021) проаналізували дослідження, що були проведені в період з 2009 до 2018 р.р. Всього автори проаналізували 91 дослідження ефективності гуманістично-експірієнтальної терапії (НЕТ).

### ВИСНОВКИ

1. Існують багато міфів щодо можливостей КЦ та експірієнтальної психотерапії, які значно обмежують її соціальні можливості, а тому й її придатність вирішувати деякі важливі питання забезпечення психічного здоров'я та знижують її привабливість у суспільстві при отриманні лікувальних послуг, так й при виборі психотерапевтичного напрямку для навчання.

2. КЦ та експірієнтальна психотерапія є обґрунтованою та статистично й клінічно значущою, дані за те, що вона поступається деяким популярним на сьогоднішні види психотерапій є вкрай неоднозначні та суперечливі.

3. КЦ та експірієнтальна психотерапія є достатньо поширеною у світі. За даними Дж. Прохазка та Дж. Норкросс (2018) клієнт-центровану теоретичну орієнтацію реалізують невелика кількість американських психологів (1%), консультантів (8%), психіатрів (0%) та соціальних працівників (2%), та посідає 8 місце серед наведених вказаними авторами терапевтичних модальностей. За даними ж Гінгера, клієнт-центрований підхід займає четверте місце після психоаналізу, когнітивно-поведінкового підходу та

гештальттерапії. Якщо йдеться про гуманістично-експерієнтальне терапію (НЕТ), то її поширеність значно більше. Асоціацію РСЕ Europe створено у 1998 році у Люксембурзі, й вона включає 31 членську організацію Європи. Дані є дуже динамічними - в останні десятиріччя дуже посилилася іспаномовна гілка клієнт-центрованої психотерапії.

4. Роль КЦ та експерієнтальної терапії не зводиться до передування іншим серйозним видам психотерапій, до ініціального налагодження контакту з клієнтом.

5. Сутність експерієнтальної терапії у тому, що вона фокусується на не явному, тихому переживанні, на несформованому досвіді, який вона ампліфікує, посилює й вводить його у систему свідомості. Клієнт перестає бути інконгруєнтним, а його свідомі переживання стають адаптивними.

#### Перелік використаних джерел / Reference

- American Psychological Association. (2019). *APA Practice Guidelines*. <https://www.apa.org/practice/guidelines/index>
- Barkham, M., Hardy, G., Bradburn, M., Galloway, D., Wickramasekera et al. (2021). Person-centered experiential therapy versus cognitive behavioural therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies service for the treatment of moderate or severe depression (PRaCTICED): a pragmatic, randomized, non-inferiority trial. *The LANCET. Psychiatry*, 8(6), 487-499. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00083-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00083-3)
- Barrowclough, C., Kind, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A., & Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 756-762. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.756>
- Barth, J., Munder, T., Genger, H. et al., (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med*, 10(5), e1001454. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Beck, A.T., Sokol, L., Clark, D.A., Berchick, R., & Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.6.778>
- Borkovec, R., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitivebehavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.611>
- Borkovec, T.D., & Mathews, A. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 877-884. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.877>
- Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.6.883>
- Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., & Johnson, B. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatment. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830210125017>
- Chambles, D.L., Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Clarke, K.M. (1993). Creation of meaning in incest survivors. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(3), 195-203. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.7.3.195>
- Daldrup, R., Beutler, L., Engle, D., & Greenberg, L. (1988). *Focused expressive therapy: Freeing the overcontrolled patient*. London, United Kingdom: Cassell.
- DeRubeis, R. & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 37-52. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.37>
- Eckert, J., & Wuchner, M. (1996). Long-term development of borderline personality disorder. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P.E. Schmid, & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (213-233). Frankfurt: Peter Lang.
- Edelman, S., Bell, D.R., & Kidman, A.D. (1999). Group CBT versus supportive therapy with patients who have primary breast cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(3), 189-202. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.3.189>
- Elliott, R., Greenberg, Leslie S. & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493-539). New York: Wiley.
- Elliott, R., Davis, K., & Slatick, E. (1998). Process-experiential therapy for posttraumatic stress difficulties. In L. Greenberg, G. Lietaer, & J. Watson (Eds.), *Handbook of experiential Psychotherapy* (pp. 249-271). New York: Guilford.
- Elliott, R., Watson, J. C., Timulak, L., & Sharbanee, J. (2021). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies: Updated Review. Chapter 13 to appear in M. Barkham, W. Lutz, & L. Castonguay (eds.), *Garfield & Bergin's Handbook of Psychotherapy & Behavior Change* (7th ed.). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy behavior change* (6th ed.). (pp. 495-538). New York: Wiley.
- Gilbert, P., Simos, G. (2022). *Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications*.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment- by-moment process*. New York, NY: Guilford Press.
- Jacobi, E.M. (1995). The efficacy of the bonny method of Guided Imagery and Music as experiential therapy in the primary care of persons with rheumatoid arthritis. Dissertation Abstracts International, 56, 1110B.
- Johnson, S. (2019). *Attachment Theory in Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families*. 1st Edition. The Guilford Press.
- Kepner, J. (1993). *Body process: Working with the body in psychotherapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M., & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment*, 4 (19).
- Kolko, D.J., Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., & Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 603-614. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.603>
- Kriz, J. (2006). *Self-actualization*. – Norderstedt: Herstellung und Verlag: Books on Demand GmbH. – 211 p.

- Mestel, R., Votsmeier-Röhr, A. (June, 2000). Longterm follow-up study of depressive patients receiving experiential psychotherapy in an inpatient setting. Paper presented at meeting of Society for Psychotherapy Research, Chicago, IL.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Guilford.
- National Collaborating Centre for Mental Health, 2014.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults (update)* (NICE clinical guideline 90). London, United Kingdom: National Institute for Clinical Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Paivio, S.C., & Greenberg, L.S. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 419-425. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.419>
- Paivio, S.C., & Nieuwenhuis, J.A. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 115-133. <https://doi.org/10.1023/A:1007891716593>
- Prouty, G. (1999). Pre-Therapy: is it Person - Centered? : Reply to Jerold Bozarth. *Person-Centered Journal*, 6(1), 28-31. <https://adpca.org/wp-content/uploads/2020/11/V6-N1-5.pdf>
- Ragsdale, K.G., Cox, R.D., Finn, P., & Eisler, R.M. (1996) Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A role for adventure-based counseling and psychodrama. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 269-283. <https://doi.org/10.1007/bf02110660>
- Rogers, C.R. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961) *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London, United Kingdom: Constable.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D.J., & Truax, C.B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Souliere, M. (1995). The differential effects of the empty chair dialogue and cognitive restructuring on the resolution of lingering angry feelings. (Doctoral dissertation, University of Ottawa, 1994). *Dissertation Abstracts International*, 56, 2342B. (University Microfilms No. AAT NN95979).
- Spiegel, D., Bloom, J.R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780300039004>
- Spinelli, E. (2002). *The Mirror and the Hammer*. N.Y.: SAGE Publications Ltd, 206 p.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A., & Morris, J. (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 917-922. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.917>
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., & Morris, J. (1998). A randomised controlled trial of intensive cognitive behavioural therapy for chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7154.303>
- Teusch, L., Finke, J., & Böhme, H. (1999). Wirkeffekte der stationären störungsspezifischen Gesprächspsychotherapie (GPT) [Effects of inpatient disorder-specific client-centered therapy]. In J. Finke, L. Teusch, H. Böhme & M. Gastpar, Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie - Forschung [Report of a working group on client-centered therapy] (part 4). Essen, Germany: Rheinische Kliniken Essen.
- Teusch, L. (1990). Positive effects and limitations of client-centered therapy with schizophrenic patients. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 637-644). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Teusch, L., Böhme, H., & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. Results of a controlled comparison of client-centered therapy alone and in combination with behavioral exposure. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 66, 293-301. <https://doi.org/10.1159/000289151>
- Tolin, D.F., Forman, E.M., Klonsky, E.D., Thombs, B. (2015). Guidelines for identifying Empirically Supported Treatments. Practical Recommendations for Clinical Researchers. *Journal of Clinical Psychology*, 68(3), 16-21. <https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/Tolin2015b.pdf>
- Tscheulin, D. (Ed.) (1996). Zwischenbericht zur Effektivitätssicherung an der Hochgrat-Klinik Wolfsried. Würzburg, Germany: Hochgrat-Klinik Wolfsried-Reisach GmbH.
- van der Pompe, G., Duivenvoorden, H.J., Antoni, M.H., Visser, A., & Heijnen, C.J. (1997). Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 453-466. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00393-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00393-5)
- Viken, R.J. (1992). Therapy evaluation: using an absurd pseudotreatment to demonstrate research issues. *Teaching of Psychology*, 19, 108-110. [https://doi.org/10.1207/s15328023top1902\\_12](https://doi.org/10.1207/s15328023top1902_12)
- Warner, M.S. (2000). Person-Centered Psychotherapy: One Nation, Many Tribes. *The Person-Centered Journal*, 7(1), 28-40.
- Watson, J.C., Gordon, L., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley P. (2001). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. Unpublished manuscript, University of Toronto, Toronto, CA.
- Wolfe, B. & Sigl, P. (1998). Experiential psychotherapy of the anxiety disorders. In L.S. Greenberg, J.C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 272- 294). New York: Guilford.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.

#### THE POSSIBILITIES OF MODERN CLIENT-CENTERED AND EXPERIENTIAL PSYCHOTHERAPY

Alexander Kocharian

V. N. Karazin Kharkiv National University, Sq. Svobody 4, Kharkiv, 61022, Ukraine

Natalia Barinova

V. N. Karazin Kharkiv National University, Sq. Svobody 4, Kharkiv, 61022, Ukraine

Sergey Barinov

Individual entrepreneur, Kharkiv, Ukraine

In Ukraine, important processes are underway to identify those areas of psychotherapy that deserve official recognition by law. The official recognition of psychotherapeutic methods and techniques is associated with the fact that they are recognized as clinically and

statistically effective. Such psychotherapy is reimbursed by insurance and is actively promoted in training courses, often "at the expense of other methods of psychotherapy." The psychotherapeutic procedure itself is becoming more and more standardized and impersonal, conforming to a protocol. The fate of client-centered and experiential psychotherapy (PCE-therapy) is not so easy in the world: evidence of its effectiveness is not reflected in the NICE (National Center for Collaboration in Mental Health) guidelines for depression and schizophrenia, which to some extent determine health policy. Therefore, there are widespread prejudices about the ineffectiveness of this type of therapy: it is not effective for severe mental illness, crisis states, specific phobias and traumas, behavioral problems, for those clients who need a directive approach, for assessing and diagnosing clients, etc. The article presents specific studies of the effectiveness of client-centered and experiential psychotherapy for specific symptoms (anxiety, depression, schizophrenia, borderline personality disorders, and some somatic disorders), as well as data from a meta-analysis of the effectiveness of client-centered and experiential therapy. PCE-therapy proved to be highly effective according to the criteria: "before-after" treatment; 2) "treatment-no treatment"; 3) "comparison with other types of psychotherapy" - the data obtained are generally statistically and clinically equivalent in terms of effectiveness to other methods of psychotherapy. PCE therapy proved to be the most effective in the following cases: interpersonal problems, self-harming behavior, coping with chronic somatic diseases, psychosis. It turned out that cognitive behavioral therapy (CBT) has mixed benefits compared to PCE therapy. However, Elliott et al. note that, firstly, these "studies were mostly performed by CBT therapists" and, secondly, "low-quality versions of PCE therapy were used as comparison conditions". The most effective methods of PCE therapy were EFT and PCT. A list of approaches included in PCA-therapy is given, and their general characteristics are given.

**Keywords:** *list, characteristics, biases, criteria of effectiveness, mathematical analysis of the effectiveness of client-centered and experiential psychotherapy*

The article was received by the editors 12.08.2023 (Стаття надійшла до редакції 12.08.2023)

The article is recommended for printing 15.10.2023 (Стаття рекомендована до друку 15.10.2023)

---

SECTION: PSYCHOLOGICAL CONSULTING AND PSYCHOTHERAPY  
РОЗДІЛ: ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯUDK 259.9+316.6  
DOI 10.26565/2410-1249-2023-20-02

## ХОСПІС З ПОГЛЯДУ СИНЕРГІЙНОЇ АНТРОПОЛОГІЇ: ПАЦІЄНТИ, ЇХНІ РОДИЧІ, ПРАЦІВНИКИ

Бондаренко О.Ф.

*Дійсний член НАПН України, доктор психологічних наук, професор,  
завідувач кафедри психології КНЛУ, науковий керівник Центру психологічного консультування КНЛУ  
Україна, Київ**E-mail: albond2012@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9458-1787>*

Гурецька А.О.

*Кандидат медичних наук, старший науковий співробітник науково-координаційного управління НАМН  
Україна, Київ**E-mail: allaguretskaya@ukr.net, <https://orcid.org/0009-0009-1737-5785>*

У статті, в основу якої покладено доповідь на 4-му національному конгресі з паліативної та хоспісної допомоги з міжнародною участю: "Війна та ми. Паліативна допомога в Україні: виклики, ризики та перспективи" Київ, 23-24 листопада 2023 р., аналізується концептуальна оптика синергійної антропології, яка, синтезуючи екзистенційні, психологічні та релігійні аспекти проживання людиною термінальної ситуації, дозволяє забезпечити належну орієнтовну основу працівникам хоспісу з метою оптимізації власних ресурсів та засобів на етапі паліативної допомоги вмираючому та його родичам. Головним понятійним категоріям тут - "гранична ситуація", "онтичний", "онтологічний" і "віртуальний" рівні (типи) людини - ми завдячуємо таким видатним мислителям як Карл Ясперс, Мартін Хайдеггер, Сергій Хоружий. Врахування антропологічних типів свідомості та сім'ї та складає систему орієнтовних маркерів, які забезпечують працівникам хоспісу (від лікарів, медсестер та соціальних працівників до психологів та священиків) базисну орієнтацію для докладання власних зусиль у надскладній справі допомоги вмираючій людині.

**Ключові слова:** хоспісний рух, гранична ситуація, синергійна антропологія, тип свідомості, тип сім'ї

Саму ідею догляду за невиліковно хворими та вмираючими до Європи принесло християнство. В античності лікарі вважали, що допомагати невиліковно хворим не потрібно. Допомога безнадійно хворим вважалася образою богів: вони вже винесли смертний вирок. Новітня історія хоспісного руху пов'язана з ім'ям Жанни Гарньє. Глибоко віруюча християнка, 24 роки вона овдовіла і двоє її дітей померли. У 1842 році Жанна відкрила у своєму будинку в Ліоні притулок для вмираючих жінок, ділила з ними останні дні їхнього життя, полегшуючи їхні страждання. Тоді ж, у 19 столітті, з'явилося і слово «хоспіс» саме в сенсі «місце для догляду за вмираючими». До цього часу безнадійно хворі доживали свої дні практично без жодної медичної допомоги у будинках піклування. На початку дев'ятнадцятого століття лікарі рідко приходили до вмираючих хворих, навіть щоб констатувати їхню смерть. Це робили священики.

Хоспіс сучасного зразка, як і сучасна паліативна медицина, - продукт другої половини ХХ століття. Принциповий акцент тут - вимога Сецілії Сандерс, засновниці хоспісного руху, - *дотримання чіткого режиму прийому морфіну не на вимогу, а за розкладом.*

Глобальний ринок довгострокового догляду, включаючи перш за все хоспісне, враховуючи способи надання послуг (хмарне, локальне, веб-інтернет тощо)

на 2022 рік оцінювався в 1.14 трильона доларів США. За очікуваннями, у 2023 році він досягне 1.23 трильону доларів при середньорічному темпі зростання 8.23%, щоб досягти 2,15 трильона доларів США до 2030 року [Global Hospice Market, 2023].

Дозвольте привернути вашу увагу до внутрішніх проблем хоспісу з позицій синергійної антропології, що синтезує власне екзистенційний погляд на природу людини, яка перебуває у крайній ситуації, з психологічними та релігійними та аспектами такого бачення.

Синергійна антропологія висуває ідею про три форми граничного стану людини, які виявляються в граничній ситуації: онтичне буття, що відноситься до порядку суцього: воно просто є, не маючи власної сутності. Онтологічне - спосіб сутнісного буття, що усвідомлює себе. Як висловлювався Аристотель: **що** є людина на відміну від того, що людина є. І, нарешті, буття віртуальне, у якому сутність буття або не проявлена, як у дитини, наприклад, чи дикуна. Або ж замінена численними соціальними масками, змінними ніками, аватарками, набором ігор, умовностями миттєвих інсталяцій, грою уяви, іноді хворобливої, тобто це симулякр - певна представленість означуваного, саме означуване для якої відсутнє.

Цей підхід відкриває можливість створення небанальної концептуальної оптики для розгляду та

**How to cite:** Bondarenko, O., Guretska, A., (2023). Hospice from the Point of View of Synergistic Anthropology: Patients, Their Relatives, Workers, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (20), 14-17. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-02> (in Ukrainian)

**Як цитувати:** Бондаренко О.Ф., Гурецька А.О., (2023). Хоспіс з погляду синергійної антропології: пацієнти, їхні родичі, працівники *Психологічне консультування і психотерапія*, (20), 14-17. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-02>

© Бондаренко О.Ф., Гурецька А.О., 2023; CC BY 4.0 license

розуміння завдань, що належать до критичної сфери життя людини [Jaspers, 1973; 3 Jaspers, 2012; Heidegger, 1998; Норуґіу, 2015].

Професійна складність для співробітників хоспісу це насамперед - захист інтересів пацієнтів, особливо вразливих у термінальній фазі захворювання з медичної та психологічної точки зору. Як зорієнтуватися у тому, наскільки родичі реально забезпечать інтереси пацієнта, чи можна покладатися на їхню адекватність і чи вони самі не є загрозою інтересам хворого.

Справа в тому, що хоча в психології досить добре відпрацьовані моделі опису сім'ї, традиційні підходи не відповідають суті особливих ситуацій, а саме ситуації вмирання, смерті.

Смерть це внутрішній вибір організму чи особистості *прийняти жах* неіснування як позитивну альтернативу жахам існування. На відміну від загибелі, де цей вибір є зовнішнім.

Відповідно до синергійної антропології, онтичній людині, онтичному типу свідомості відповідає модель сім'ї, яку можна визначити як «сільська сім'я».

Цей тип сім'ї по відношенню до пацієнта потребує насамперед медичної допомоги за мінімальної психологічної підтримки. У такій сім'ї сам пацієнт не

ізолюваний від буденного життя та взаємодії з членами сім'ї. Повсякденне життя постійно повертає його до побутового, звичного, елімінуючи трагічність. У такому типі сім'ї для прийняття відповідального рішення (чи переводити хворого в стаціонар, чи почати нові маніпуляції з догляду тощо) можна звертатися до того, хто виконує роль глави сім'ї в цій граничній ситуації. Специфіка сільської сім'ї (онтичний тип свідомості) полягає у тому, що формально може здаватися, ніби члени сім'ї позбавлені тісної емоційної близькості. Але зазвичай це не так. Почуття сімейної близькості в ній, як правило, настільки глибоке, що не потребує спеціальних проявів. Та й ставлення до смерті за онтичним типом насправді набагато спокійніше, оскільки в селі життя у своїх виявах набагато ближче до реальності, відвертіше, ніж, скажімо, у місті. Чи ріжуть поросля, чи грають весілля чи влаштовують похорон, - все це відбувається на очах, а часто й за участю багатьох людей. Люди з онтичним типом свідомості проживають свій життєвий сценарій згідно з традиціями та схемами, вивіреними століттями, особистісно не включаючись у критичну ситуацію. Вони чинять «як треба», приймаючи смерть як супутній життю феномен і як факт. Це, за М. Хайдеггером, не екзистенційне, а екзистентне перебування у світі, за якого буття втілюється у релігійних, мистецьких, антрополого- етнографічних формах, не виявляючи власне екзистенціалів як предикатів буття.

У багатьох приказах і прислів'ях висловлене це спокійне ставлення до смерті, властиве онтичній свідомості: Як не битися, а від смерті не відбитися. Як не вікувати, а смерті не минати. Умер Іван, — умирать і нам. Сьогодні вінчався, а завтра скінчався. Тікай не тікай, а від смерті не втечеш. Тільки що помер, а вже й неживий. Смерть не боїться ліків. Смерть не за очима,

а за плечима. Мруть люди і нам те буде. Два віки не проживеш: все рівно помреш і та ін.

«Міська сім'я» як відображення онтологічної свідомості найбільш емоційно переважена. У місті смерть захована. Цей тип свідомості погано розуміє, як перебувати у термінальному процесі. Міський спосіб життя не задає зразків поведінки у таких ситуаціях. Найадекватніший, гармонійний, якщо можна так висловитися, спосіб проживання критичної ситуації при такому типі свідомості (моделі сім'ї) – це діяльність з догляду за хворим. Організовувати, доставляти, знаходити, підключати, забезпечувати. Реалізовувати... Ось тут і підстерігає перше ускладнення. Зокрема, реалізовувати надію на те, що є ще не знайдений спосіб лікування. Справа в тому, що «онтологічна людина» схильна продовжувати боротьбу за зцілення навіть тоді, коли ця боротьба не просто не приносить полегшення пацієнтові, але мучить його. Найчастіше такі родичі вимагають застосування реанімаційних заходів у ситуації вже фактичного фіналу, висувають до медиків безглузді претензії, звинувачення. У дисгармонійному варіанті проживання ситуації члени сім'ї можуть демонстративно «виходити» з процесу догляду, демонструючи часом дивовижну черствість, яка є нічим іншим як психологічним захистом заради збереження свого типу свідомості в ситуації, в якій такий тип свідомості «не працює». Саме цей тип сім'ї потребує максимальної психологічної підтримки для своїх членів. Зокрема, через забезпечення емоційного відреагування, через нормування діяльності з догляду. І якщо сама структура такої сім'ї побудована як система, що відтворює позитивний емоційний фон, то мінімальна психологічна допомога може забезпечити хороший результат. Якщо ж члени сім'ї звикли до взаємодії через відтворення негативних емоцій, то випередити все може просто жахливо: так спрацьовують стереотипи внутрішньосімейної комунікації.

Найбільша небезпека у тому, що підвищується ризик заподіяння шкоди стану пацієнта. Тож і соціальний працівник тут – далеко не остання постать з урахуванням агресивності чи відчуженості родичів. Парадокс поведінки цього типу сім'ї в тому, що люди, включаючись особистісно, насправді не знають, як краще, але думають, що знають. Вони саме потребують того, щоб їм говорили ЯК ТРЕБА, але не можуть це прийняти. Онтологічний тип свідомості, що виявляється у типології «міська сім'я» - це саме знанневий тип. Небезпека полягає в тому, що люди цього типу і рівня свідомості мають звичку до перебирання та схоплення різної інформації, схильні про все виносити своє судження. Саме таких людей маючи на увазі, кажуть: усі розуміються на медицині, педагогіці та політиці. І подібний тип сім'ї, і подібний тип людини - це величезне навантаження для працівників хоспісу. Вочевидь вони справляють враження відкритого, розімкненого у світ буття, але у граничній ситуації, декомпенсуючись, виявляють усі патерни особистісного несвідомого: невротичні розлади, комплекси, внутрішньо- і міжособистісні конфлікти тощо. Повторюю: саме тут показана максимальна участь психолога.

Так звана «мегаполісна сім'я» – це породження віртуальної свідомості. Психологічна специфіка цього способу існування горезвісного «осередку» в тому, що вона прагне влаштувати своє життя так, ніби ніякого майбутнього, крім запланованого (запроектованого), не існує. А заплановане – це таке, в якому все під контролем, і не варто хвилюватись. Навіть умираючому. Якщо у попередньому типі сім'ї відмова обговорювати свій діагноз йде від пацієнта, то у цьому типі про діагноз відмовляються говорити родичі. У розумінні даного типу свідомості пред'явлений діагноз це щось, що коштує набагато дорожче, ніж все інше. Для нього немає слів та немає переживань. Тут очікується поведінка родичів на кшталт «оплатити все, що тільки можна задля забезпечення ситуації як розв'язаної» за мінімальної особистої включеності.

Цей тип свідомості у нашій культурі – явище досить нове. Йому трохи більше 20-25 років. Такий тип свідомості зазвичай демонструють представники доморощеного капіталізму, навіть якщо не займаються безпосередньо бізнесом, а прагнуть відповідати чи то «духу», чи, точніше, «запаху часу». Найчастіше це навіяний Західним світосприйняттям останніх десятиліть погляд на людину як на продукт інструментального впливу на механіку клітинних процесів з можливістю інструментальної ж коменсації полумок за допомогою біонічних протезів, стовбурових клітин, трансплантації уражених органів, генетичної корекції і т.п. маніпуляцій.

Найчастіше це самовихований, ситуативний, такий, що не закріпився у передачі з покоління до покоління тип свідомості, тому він дає «збої». При цьому слід очікувати глухого емоційного бар'єру між родичами та пацієнтом. І саме працівники хоспісу мають бути готові надавати емоційну та духовну підтримку вмираючому. Агресія при цьому очікується за типом доган на неналежне виконання обов'язків. Але сутнісний сенс глибший. Це – розстановка бар'єрів, бажання відгородитися від того, що відбувається: не ми допомагаємо нашому родичу, а ви повинні краще функціонувати, тому що "За все заплачено, (Tutto è pagato)". Ось смисл такої поведінки представників віртуальної свідомості, буття та сім'ї. Боротися зі страхом важко. Зі страхом смерті ще важче. Тому найкраще рішення для людини віртуальної – фізично уникати перебування в одному просторі з термінальним пацієнтом. Ставлення до життя як до проекту передбачає, що люди, з якими ти спілкуєшся та їхні переживання – це просто фігури з параметрами. Тому переживання, стосунки тут елімінуються, заміщаючись проплатою як субститутутом взаємин.

Розуміючи все це і беручи до уваги реальність якою вона є, варто зазначити: не місце життя визначає тип свідомості, а тип свідомості визначає тип людини та її сім'ї. Грубо кажучи, я можу жити в мегаполісі і зберігати сільський тип сім'ї та свою онтичність. А можу виїхати в село і нести у собі віртуальну людину і мати віртуальний тип сім'ї. Тобто жити не живе життя. Або можна бути носієм онтологічної свідомості, повноцінно бути в світі, виявляючи свою справжню сутність, а в граничній ситуації

декомпенсуватися, віддатися невротичному розладу і поводитися як закінчений невротик, тобто впасти у вигадане, зумовлене суто ментальними конструкціями, існування. Ось такі парадоксальні особливості взаємовпливу свідомості, ситуації та людини у крайній ситуації.

І кілька слів про духовну підтримку.

Більше того: У вітчизняній культурі, що налічує тисячолітню традицію Добротолубства, людина, будучи осередком духовно-інтелектуальних шукань, постає як глибока буттєва загадка і проблема. Проблемність буття зберігається на всьому історичному просторі життя. Змінюються лише середовище та інструменти, серед яких все більше кількість протезів. Мир, люди і сьогодні такі самі, як їх описує Біблія. Так само живуть і вмирають. Незважаючи ні на трасплантологію, ні на чудові ліки, ні на хірургічних роботів. Філософськи осмислена, людина відкривається, перш за все, як кінцева істота. Із цим пов'язане глибоке почуття трагізму. Більше того: наш всесвіт кінцевий, оскільки він обмежений універсальними принципами, що визначають його існування. Це підкреслював ще Ейнштейн. І якщо трагедію людського існування в нинішній супертехнологічній культурі намагаються подолати за допомогою постгуманістичного, а в перспективі – трансгуманістичного переформатування людського тіла, відстоюючи картезіанську ідею тіла як механізму, який може піддаватися безперервному ремонту, то вітчизняній культурній традиції притаманне сотеріологічне переживання трагедії кінцевості людського буття – через смисли спасіння й перетворення.

«Смертю смерть поправ», - цей великодній тропар виражає сутність ставлення до смерті у нашій культурі. Зрозуміти смерть не як абсолютне припинення життя, а як перехід у інший спосіб буття: спомин, досвід, підсумок, інший вимір. Бути впевненим, що ти назавжди залишишся в серці людей, які тебе люблять. І тих, хто залишається поки що в цьому світі, і тих, які полюблять тебе, коли прийдуть у цей світ і дізнаються про тебе, бо ти не лише тіло. Твоє тіло - лише привід для вияву твоєї істинно людської сутності: ментального творчого дару, завдяки якому люди шкірою відчувають принцип людини, утверджений апостолами християнства Іоанном та Павлом – принцип Агапе. На протигагу принципу людини-деграданта, породженого дельфійськими кльмтами Аполлона та Діоніса як от ілоти Спарти, або сучасні дифузні особи.

Забираючи біль, медик торує дорогу священникові. І для тих, для кого існує Душа і Бог, священнодійство наділяє вмираючого розумінням і прийняттям того, що ти весь не зникаєш, припиняє існування тільки тілнна тілесна оболонка, а нетілесна частина тебе – безсмертна. А для кого життя існує тільки як матеріальний субстрат, тим лікар торить доріжку психологу, який допомагає прийняти факт відходу з життя, допомагаючи розставити завершальні пріоритети, у тому числі з родичами, з майном, зі спадщиною... І, звичайно, для всіх важливо попрощатися. Якщо випадє така нагода. Іноді після



соборування, іноді – без нього...Тут і проходить кордон, що відрізняє стадії вмирання психологічні та медичні. Психологічні – це заперечення, гнів, компроміс, депресія та прийняття. Медичні – це преагонія, агонія, клінічна смерть, біологічна смерть.

Тож міцний союз медиків, соціальних працівників, психологів та священників – ось той фундамент на якому може і має бути забезпечена справжня допомога пацієнту хоспісу та його родичам. Якщо, звичайно, все це буде належним чином профінансовано.

#### **Подяки**

Автори висловлюють глибоку подяку Лобач Ользі Матвіївні за безкорисливу професійну допомогу в опрацюванні матеріалу доповіді

#### **Перелік використаних джерел / Reference**

- Global Hospice Market – Industry Trends and Forecast to 2030. (2023). *Data Bridge Market Research*. Retrieved from <http://surl.li/npcze>
- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie*. Springer-Verlag GmbH, Deutschland.
- Jaspers, K. (2012). *Философия. Книга вторая : Просветление экзистенции [Philosophy. Book II: Enlightenment of existence]*. Moscow: Kanon+ [in Russian].
- Heidegger, M. (1998). *Буття в околі речей*. Возняк Т. (Ред.), *Тексти та переклади [Being around things. Wozniak, T. (Ed.), Texts and translations]*. Kharkiv: Pholio. [in Ukrainian].
- Horujiy, S. (2015). *Practices of the Self and Spiritual Practices: Michel Foucault and the Eastern Christian Discourse*. Wm. B. Eerdmans Publishing Co.

#### **HOSPICE FROM THE POINT OF VIEW OF SYNERGISTIC ANTHROPOLOGY: PATIENTS, THEIR RELATIVES, WORKERS**

**Aleksandr F. Bondarenko**

*Department of Psychology, Kyiv National Linguistic University, Ukraine*

**Alla O. Guretska**

*Coordination Department, National Academy of Medical Sciences of Ukraine*

The article, which is based on a report at the 4th national congress on palliative and hospice care with international participation: “War and us. Palliative care in Ukraine: challenges, risks and prospects,” analyzes the conceptual optics of synergistic anthropology, which, synthesizing existential, psychological and religious aspects of a person living in a terminal situation, allows us to provide an appropriate indicative basis for hospice workers in order to optimize their own resources from funds at the stage of palliative care for the dying person and his relatives. The main conceptual categories here - “extreme situation”, “ontic”, “ontological” and “virtual” levels (types) of a person - we owe to such outstanding thinkers as Karl Jaspers, Martin Heidegger, Sergei Khoruzhy. Taking into account anthropological types of consciousness and family constitutes a system of indicative markers that provide hospice workers (from doctors, nurses and social workers to psychologists and priests) with a basic orientation for applying their own efforts in the extremely complex task of helping a dying person.

**Key words:** *hospice movement, borderline situation, synergistic anthropology, type of consciousness, type of family*

The article was received by the editors 25.07.2023 (Стаття надійшла до редакції 25.07.2023)

The article is recommended for printing 19.09.2023 (Стаття рекомендована до друку 19.09.2023)

UDK 159.9.07

DOI 10.26565/2410-1249-2023-20-03

**ТЕРАПІЯ ГІДНОСТІ ЯК МЕТОД ПАЛІАТИВНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ****Байер О. О.**

*Кандидатка психологічних наук, доцентка кафедри інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи  
Університета імені Альфреда Нобеля  
Набережна Перемоги, 18, 49000, м. Дніпро, Україна  
E-mail: bayer.oxana@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0651-1472>*

Наведено методологічне та теоретичне підґрунтя нової для української практики короткої психологічної інтервенції – так званої терапії гідності, розробником якої є канадійський науковець Гарві Чочінов і яка має за мету укріплення персональності пацієнтів, актуалізацію почуття гідності і, в результаті, зменшення страждань та підвищення якості життя. Визначено коло запитів і умови, з якими може бути ефективною терапія гідності, а саме паліативний супровід і психологічна допомога людям пізнього віку. Розкрито факторний зміст складників моделі гідності, що є основним концептом, навколо якого побудовано інтервенцію: переживання стосовно хвороби, поведінковий репертуар, що стосується переживання гідності, соціальна модель гідності. Описані етапи (підготовчий, етап інтерв'ю та створення Документа генеративності), вісім компонентів терапії гідності (сетінг, перевірка розуміння, поточні питання, дослідження життєвого шляху, рефокусування, заохочення до значущих висловлювань, загальні процеси терапії) та питання, які ставить терапевт пацієнту задля запуску передбаченого нею процесу. Представлено орієнтовний зміст Документа генеративності, ключового продукту терапії гідності, на прикладі узагальнення результатів тематичного аналізу, проведеного в межах відповідних досліджень у різних країнах (виокремлені теми – “Родина”, “Задоволення”, “Турбота”, “Почуття звершення” та інші). Наведено опис процедури і результати перевірки ефективності терапії гідності, зокрема із використанням самозвітів та залученням групи експертів. Стисло окреслено вимоги до підготовки терапевтів, які реалізують інтервенцію (стандартизований тренінг і навчальні матеріали, робота зі стандартизованими кейсами, надання супервізії та додаткової експертної підтримки). Наголошується на важливості ставлення фахівця до процесу проведення терапії гідності – чутливого, самосвідомого та саморефлексивного.

**Ключові слова:** паліативний супровід, пізній вік, екзистенційні переживання, смерть, якість життя

Терапія гідності (оригінальна назва – dignity therapy) наразі є однією з найбільш досліджених коротких психотерапевтичних інтервенцій у паліативному супроводі. Вона допомагає пацієнтам, які перебувають на порозі смерті, розділити свої спогади, усвідомлення, надії та сподівання з колом близьких, які невдовзі будуть оплакувати їх втрату. Однією з методологічних засад даного методу психологічної допомоги є поняття генеративності Е. Еріксона, згідно з яким людська істота відчуває необхідність залишити по собі слід у світі та передати свій досвід прийдешнім поколінням (Chochinov & Juliao, 2021).

Терапія гідності покликана актуалізувати переживання людиною сенсу і наявності цілі в житті, зменшити страждання і підвищити якість життя, звернувшись до тем, які найсильніше непокоять в останній життєвий період (Chochinov et al., 2005; Juliao et al., 2020). Якщо це паліативні хворі, то вони з більшою вірогідністю, ніж решта популяції, переживають депресивні стани, тривогу, злість, зниження самооцінки. Якщо це люди самотні старшого віку, їм порівняно частіше притаманні наявність депресивних думок, тривоги, розладів адаптації, хронічний дистрес та безсоння (Chochinov et al., 2020). З-поміж того, що обтяжує

потенційних учасників програм із терапій гідності, найвищі бали отримують неспроможність виконувати важливі ролі (37,5%), відчуття, що людина більше не є тією, якою була раніше (36,4%) та переживання себе як тягаря для інших (24,1%) (Rantanen et al., 2021). Найвні дослідження, які доводять успішний досвід застосування терапії гідності для дітей і підлітків (тоді весь зміст інтервенції скеровується на батьків або опікунів дитини) (Chochinov et al., 2020). Описано також досвід проведення терапії гідності телефоном через обмеження у зв'язку з covid-19 (Juliao et al., 2021).

*Задачею* терапії гідності – через увагу до того, ким людина є, що для неї важливо, якою вона хоче, аби її бачили, – є підсилення персональності людини, а в медичній практиці, в свою чергу, такі переживання пов'язані з відчуттям уваги і турботи з боку медичного персоналу, більшою відкритістю на рахунок різних особистих аспектів, що можуть повливати на прийняття медичних рішень, і в результаті вищими точністю діагностики і, як результат, безпекою пацієнта (Lemos Caldas et al., 2020). Автори наголошують на тому, що важкі теми про травмивні події в житті людини не стають на заваді ефективності і коротким термінам роботи: наприкінці життєвого шляху особа неминуче має поглянути в очі болю і минулим складнощам,

**How to cite:** Bayer O., (2023). Dignity Therapy as a Method of Palliative Psychological Assistance, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (20), 18-25. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-03>. (in Ukrainian)

**Як цитувати:** Байер О.О., (2023). Терапія гідності як метод паліативної психологічної допомоги, *Психологічне консультування і психотерапія*, (20), 18-25. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-03>.

© Байер О.О., 2023; CC BY 4.0 license

проте саме це і надасть їй можливість осмислити їх, наприклад, крізь призму самопожертви або витривалості в ім'я іншої / інших (Testoni et al., 2022). Опитування показують, що пацієнти завжди переживають потребу в тому, аби їх сприймали як людей зі своєю життєвою історією, а не просто як носіїв хвороби. Терапія гідності – завдяки комунікації з приводу екзистенційних і пов'язаних із сенсами речей – допомагає пацієнтам із важкими, термінальними діагнозами, на всіх стадіях хвороби, сфокусуватись на найважливішому в їх життях (Buonaccorso et al., 2021).

Автори терапії гідності досить ґрунтовно описують її *теоретичні та методологічні засади*. Зокрема, перераховують такі теми і їх значення в процесі взаємодії з пацієнтами.

1. *Генеративність (наступність)*: уявлення, згідно з якими для деяких пацієнтів гідність тісно переплітається з почуттям, що їх життя мало певне значення або вплив на інших / оточення трансцендентно смерті. У роботі генеративність враховують, записуючи аудіо сесій, транскрибуючи і складаючи “Документ генеративності”, який повертають клієнту, аби він / вона вручили його близьким і рідним.

2. *Протяжність Я*: спроможність людини підтримувати почуття, що її сутність не може бути порушена, незважаючи на прогресуючу хворобу. Пацієнтів запрошують обговорити теми, засадничі для їх почуття персональності і самості.

3. *Збереження ролей*: спроможність підтримувати почуття ідентифікації з однією або декількома ролями, які людина грала раніше. Базуючись на цій zasadі, пацієнтів питають про попередні або теперішні ролі, що в певний спосіб уміщуються в серцевину їх ідентичності.

4. *Збереження гордості*: спроможність підтримувати почуття позитивної оцінки себе. Пацієнтам надають можливість говорити про їх досягнення, що викликають у них почуття гордості.

5. *Надія*: надія стосується спроможності віднаходити і підтримувати почуття наявності значення і цілі.

6. *Міркування стосовно наслідків*: переживання і страхи, які стосуються тягара або викликів, що може принести смерть пацієнта його / її близьким і рідним. Через ці переживання пацієнтів запрошують поговорити про те, що могло б допомогти їх близьким та рідним після їх смерті.

7. *Турбота*: стосується ставлення або манери, в якій інші взаємодіють з пацієнтом і яка може підкріплювати / пригнічувати відчуття гідності. З цих міркувань взаємодія в межах терапії гідності проводиться в емпатичній, неосуджувальній, підтримувальній і поважній до клієнтів манері (Chochinov et al., 2005; Manuel et al., 2021).

Дещо детальніше зупинимось на двох ключових засадах терапії гідності – власне гідності і генеративності (або наступності). Під останньою мають на увазі процес, в якому пацієнти, перебуваючи на порозі смерті,кладаються в передачу чогось для них важливого тому / тій, хто залишиться після їх

смерті. Зауваження генеративності зумовлює заохочення пацієнтів порефлексувати з приводу суттєвих речей у їх життях, за якими, як би хотіли ці пацієнти, про них пам'ятали. Концепт генеративності взятий з теорії стадій психосоціального розвитку Е. Еріксона (Buonaccorso et al., 2021).

Зміст гідності як базового поняття для даної психологічної інтервенції розпрацьоване Гарві Чочіновим, якого, власне, і вважають головним її автором. З юридичного, соціологічного та етичного погляду термін “гідність” або вислів “жити гідно” чи “гідно померти” – стосовно пацієнтів з хронічними, дегенеративними захворюваннями або такими, що загрожують життю, як-то рак, – часто вживають без чіткого розуміння значення і того змісту, що в них вкладають пацієнти. На основі 50 дослідницьких інтерв'ю з невиліковно хворими пацієнтами щодо того, що вони розуміють і як переживають гідність, Чочінов створив модель, яка вміщує три основні виміри, які можна спостерігати, оцінювати і обговорювати за участі професіоналів у сфері душевного здоров'я: 1) переживання стосовно хвороби; 2) поведінковий репертуар, що стосується підтримання переживання гідності; 3) соціальна модель гідності (Chochinov, 2002). Нижче наведемо факторний зміст складників цієї моделі і, одразу, терапевтичні інтервенції, які пропонують автори, аби їм зарадити.

1. *Переживання стосовно хвороби*.

1. Дистрес, спричинений симптомами.

- Фізичний дистрес: пильність стосовно симптомів, часте їх оцінювання, застосування послуг для підвищення комфорту пацієнтів.

- Психологічний дистрес: зайняття підтримувальної позиції, емпатичне слухання, перескерування пацієнта до психологічного консультування.

- Медична невизначеність: за запитом, провадити точну, зрозумілу інформацію і стратегії управління переживаннями у майбутніх кризах.

- Тривога з приводу смерті: ті самі інтервенції.

2. Рівень незалежності.

- Незалежність: залучати пацієнтів до прийняття рішень стосовно як медичних, так і особистих питань.

- Когнітивна вправність: працювати з делірієм; якщо є можливість, уникати седативних препаратів.

Функціональна спроможність: застосовувати ортезування, фізіотерапію та трудотерапію.

II. *Поведінковий репертуар, що стосується підтримання переживання гідності*.

1. Перспективи підтримання гідності.

- Протяжність переживання Я: визнавати і виявляти зацікавленість до тих аспектів життя пацієнтів, які вони найбільше цінують; бачити пацієнтів як таких, що гідні поваги, шани та високої оцінки.

- Збереження ролей: ті самі інтервенції.

- Підтримання почуття гордості: ті самі інтервенції.

- Сповненість надією: заохочувати та давати змогу пацієнтам приймати участь у значущих для них активностях.

- Автономія / контроль: залучати пацієнтів у процес лікування та прийняття рішень стосовно здійснення нагляду за ними.

- Генеративність / спадок: розгляд життя як проєкту (через підготовку аудіо / відео плівок, написання листів, ведення нотаток)

- Прийняття: підтримка пацієнтів у їх світогляді; заохочення до реалізації речей, що підвищують їх переживання благополуччя (наприклад, медитація, легкі фізичні навантаження, слухання музики, молитва)

- Резильєнтність / дух борця: ті самі інтервенції.

### III. Соціальна модель гідності.

1. Межі приватності: питати дозволу оглянути пацієнта; відповідні процедури для поваги до безпеки та приватності пацієнта.

2. Соціальна підтримка: ліберальні правила стосовно відвідин і перебування з пацієнтом інших осіб; заохочення ширших соціальних контактів.

3. Якість підтримки: звертатись до пацієнта як гідного пошани, високої оцінки та поваги; дотримуватись такого вектора у взаємодії.

4. Тягар для інших: заохочувати обговорення подібних переживань з тими, кого, як вважають пацієнти, вони обтяжують.

5. Переживання стосовно наслідків: заохочувати приведення до ладу справ, підготовку подальших розпоряджень, написання заповіту, планування похорону.

Цікаво, що згідно з дослідженнями автора, молодші паліативні пацієнти переживають порівняно більшу міру екзистенційного дистресу у зв'язку із питаннями гідності (Rantanen et al., 2021). Неоднозначні зв'язки переживання гідності з бажанням померти або бажанням жити досліджують Juliao з колегами (2021). Damen з колегами (2021) показують, що переживання паліативними пацієнтами гідності пов'язано з напруженістю внутрішніх релігійних та духовних битв, сприйняттям симптомів як нестерпного тягара і в цілому якістю життя.

Процес роботи уміщує декілька стадій. Перша стадія описана в літературі з питання як підготувати і обов'язкова для дослідницької роботи – коли людина виповнює низку опитувальників і відповідає на питання, дотичні до змісту терапії гідності. Друга сесія передбачає 30-60 хвилинне інтерв'ю, яке записують на аудіо-носії. Інтерв'ю побудоване на основі рамки з 9 питань терапії гідності, і в ході нього людина розповідає про своє життя, звертаючись до тих, кого любить і хто їй дорогий. За потреби, людина може запитати про додатковий час для запису її відповідей. З міркувань безпеки, до інтерв'ю учасників питають, чи вони б хотіли, аби запис їх розповіді комусь передали, якщо через різні причини вони не зможуть приймати участь у подальшій роботі над його опрацюванням. Перед наступною сесією готується транскрипт інтерв'ю і виповнюється його редагування. Протягом останньої сесії готують Документ генеративності / наступності (в оригінальній англійській версії – Generativity Document), який пацієнт може за бажанням корегувати. Згодом друковану копію цього документа передають пацієнту, і якщо йде процедура дослідження, то йому пропонують виповнити ще фінальну серію опитувальників стосовно сприйняття процесу

(Gonzalez-Ling et al., 2022). У літературі описаний варіант проведення інтерв'ю, коли людині пропонують відповідати на 9 згаданих вище питань, готуючи сторінки фото альбому: вважають, що він може полегшити створення нарративу про спогади (Testoni et al., 2022).

Важливо, що бесіда згідно з питаннями не має бути суворо протокольною. Учасники отримують перелік питань ще до зустрічі з фахівцем, аби мати змогу поміркувати над ними і підготуватись до відповідей. Фахівці, які провадять терапію гідності, мають бути підготовленими і вміти управляти процесом, засновуючись на змісті того, що відбувається (Juliao et al., 2020).

Наведемо переклад з англійської *питань*, застосовуваних у терапії гідності.

Розкажіть мені трішки про історію свого життя, зокрема про ті її частини, які Ви найкраще пам'ятаєте або які, як Ви вважаєте, є найважливішими. Коли Ви найбільше почувались живою?

Чи є якісь конкретні речі, які б Ви хотіли, аби Ваша родина про Вас знала? Або, можливо, є конкретні речі, які б Ви хотіли, аби вони пам'ятали?

Якими були найважливіші ролі, що Ви їх грали у житті? (у сім'ї, професії, спільноті тощо) Чому вони були настільки важливими для Вас? Чого, на Вашу думку, Ви досягли в цих ролях?

Які Ваші найважливіші досягнення, і чим Ви найбільше за все пишаєтесь?

Чи є якісь речі, що Ви відчуваєте все ще потрібно сказати Вашим близьким, або яким Ви хочете приділити час і сказати ще раз?

Про що Ви сподіваєтесь і мрієте для Ваших близьких?

Чому про життя Ви навчилися, що ю Ви хотіли передати іншим? Яку пораду або яке напуття Ви б хотіли передати Вашим (сину, доньці, чоловіку, дружині, батькам тощо)?

Чи є якісь слова або, можливо, інструкції, що Ви б хотіли запропонувати Вашій родині, аби допомогти їм приготуватись до майбутнього?

У цьому документі, який ми створюємо, чи Ви б хотіли, аби були зазначені ще якісь важливі речі? (Chochinov et al., 2005).

Скрипт проведеного інтерв'ю редагують і дають почитати пацієнту – з пропозицією додати або прибрати те, що він або вона вважає за потрібне. Пацієнтам у лікарнях пропонують розмістити цей документ разом із їх історією хвороби (Caldas et al., 2020).

Низка робіт присвячена аналізу тем, виокремлених завдяки тематичному аналізу з Документів генеративності досліджуваних різних груп. Ці теми відповідають ключовим цінностям респондентів. У роботах різних авторів вони часто смислово перетинаються: так, у публікації Buonaccorso з колегами (2021) перераховані такі теми, як “Родина”, “Задоволення”, “Турбота”, “Почуття звернення”, “Правда”, “Дружба” та “Багатий досвід”. Juliao з колегами (2022) у своєму дослідженні виділили теми “Значущі люди і речі”, “Визначні моменти”, “Визначення”, “Рефлексії з приводу плину життя”, “Особисті цінності”, “Повідомлення, які залишаться

іншим”, та “Прохання та остання воля”. Приклад одного з досліджень і змістовне наповнення опрацювання Документів генеративності учасників сформованих тем наведено у Таблиці 1.

**Таблиця 1.** Теми і коди, виділені з Документів генеративності в межах дослідження Julião з колегами (2021)

Назва теми	Назва коду (% згадок)	Опис
Важливі люди і речі	Чоловік / жінка (35)	- Людина / група людей, визначені як такі, хто грає важливі емоційну, стосункову або підтримуючу ролі у життях пацієнтів - Речі та / або місця, що мають особливе значення та цінність у життях пацієнтів протягом перебігу їх хвороб - Відсутність значущих інших або значимих речей протягом життя та / або хвороби
	Сини (35)	
	Родина (35)	
	Брати (18)	
	Дім (18)	
	Батьки (18)	
	Книжки (12)	
	Друзі (12)	
	Немає значущих інших (12)	
Визначні моменти	Народження синів (47)	- Моменти, періоди життя або людина (люди), що є незвичними, насиченими або в якомусь розумінні особливими і які змушують пацієнтів звертати на них увагу, дивуватись, бути враженими, зберігаючись як спогади і переживання на все життя
	Укладання шлюбу (29)	
	Дитинство (24)	
	Професійна активність (18)	
	Усі моменти, пережиті у гарному стані здоров'я (12)	
Визнання	Стосовно родини (41)	- Повідомлення про визнання і оцінку важливих членів родини
Роздуми стосовно плину життя	Гордість через професію (41)	- Розмірковування над особистими, професійними та громадськими ролями - Розмірковування над ставленням до життя, його перебігу, метою та обмеженістю часу життя - Рефлексії стосовно втрати значущих ролей у житті - Прагнення вибачення - Навчання через страждання та самотність
	Гордість через роль матері або багька (41)	
	Гордість бути жінкою / чоловіком, якими вони були (35)	
	Гордість бути позитивною людиною (24)	
	Гордість роллю дружини / чоловіка (18)	
	Втіха тими ролями, які людина виконувала у житті (18)	
	Жаль, що людина не могла змоги пожити довше / захворіла (12)	
	Нещастя через втрату близької людини (6)	
	Жаль, що було замало можливостей відчутти себе щасливою (6)	
	Жаль, що людина не вибачилась (6)	
	Навчання думати більше про інших, набутий із хворобою (6)	
	Навчання толерувати самотність (6)	
	Особисті цінності	
Чесність (35)		
Альтруїзм (24)		
Релігійна відданість (12)		
Повідомлення, які залишають для інших (про що)	Мир і спокій (35)	- Слова / фрази, що передають приємні побажання для значущих інших - Слова / фрази, що передають визнання та вдячність за піклування протягом життя і хвороби - Слова / фрази, що виражають сум через брак присутності і турботи з боку іншої людини
	Щастя (29)	
	Сум за ними (18)	
	Вдячність (18)	
	Немає повідомлень, уже все сказане (18)	

Назва теми	Назва коду (% згадок)	Опис
		- Висловлювання пацієнтів про те, що більше сказати немає чого, все же було сказане
Прохання і останні побажання	Щастя (29)	- Повідомлення, скеровані на адресу конкретних осіб, з побажанням широкого переліку особливих, позитивних станів (щастя, любові, здоров'я, чесності)
	Здоров'я іншим (24)	
	Вибачення через відсутність (18)	
	Щирість (18)	- Повідомлення, скеровані на адресу конкретних осіб, з проханням про вибачення пацієнтів після їх відсутності або конкретних поганих вчинків
	Любов (18)	- Повідомлення, скеровані всьому людству, з побажаннями миру, поваги один до одного та процвітання
	Вибачення через те, як людина поводитись (12)	
	Побажання миру в світі / аби світ став кращим (12)	

Перевірці ефективності застосування терапії гідності як психологічної інтервенції присвячено чимало досліджень і разом вони утворюють досить позитивну картину. У роботі Чочінова з колегами (2005) детально описані критерії, за якими перевіряли динаміку стану пацієнтів: зафіксовано зменшення показників за душевними стражданнями і зниження вираженості депресивних настроїв; водночас, за безпорадністю, бажанням померти, тривогою та суїцидальними настроями різниця до і після інтервенцією не є статистично значущою. Цікавою є знахідка авторів інтервенції стосовно осіб похилого віку або в термінальних станах, які свідчать про відсутність якихось епізодів досвіду, що свідчили б на користь того, що людина не дарма прожила своє життя і що вона гідна поваги. В таких випадках автори пропонують, спираючись на розуміння конфлікту, притаманного останньому періоду життя згідно з Е. Еріксоном, *generativity vs despair* (генеративність проти відчаю) перетворити саме ситуацію спілкування терапевта і пацієнта на передачу

останнім досвіду – навіть стосовно того, як не варто проживати своє життя. Такий епізод терапії потрібно провести максимально з повагою до досвіду пацієнта, аби обидва учасники прожили його як урочистий, сакральний момент передачі життєвої мудрості від представника одного покоління іншому.

Дослідники зафіксували достатньо низькі рівні відмови пацієнтів від участі (19,6%) та “зникання” протягом втілення інтервенції (22%, причому ця цифра майже повністю визначалась погіршенням соматичного стану учасника або учасниці, що і зумовлювало неможливість продовжувати приймати в ньому участь. У розгорнутих відгуках на пройдену інтервенцію учасники свідчили про задоволення і корисність її змісту, збільшення переживання сповненості життя сенсом і значенням, почуття гідності. Наведемо дані з роботи Gonzalez-Ling з колегами (2022) для унаочнення відгуків учасників конкретного дослідження стосовно досвіду участі в терапії гідності (Таблиця 2).

**Таблиця 2.** Зведені відгуки учасників дослідження Gonzalez-Ling з колегами (2022) щодо участі в терапії гідності

	Повністю незгодні, %	Незгодні, %	Не можуть визначитись, %	Згодні, %	Повністю згодні, %
Було помічним	-	-	-	12	88
Було задовільним	-	-	4	12	84
Зробило моє життя змістовнішим	-	-	-	25	75
Надало мені інтенсивніше переживання цілі	-	-	-	37	63
Надало мені інтенсивніше переживання гідності	-	-	4	29	67
Зменшило мої переживання страждання	-	-	-	42	58
Підвищило мою волю до життя	-	8	-	13	79
Виявлось корисним для моєї родини	-	4	4	21	71
Змінило те, в який спосіб бачить мене моя родина	-	4	12	21	63
Змінило те, в який спосіб фахівці у сфері охорони здоров'я сприймають мене	-	4	42	17	37

В іншому дослідженні (Chochinov et al., 2020) було встановлено, що лікарський персонал, який бодай побіжно ознайомлювався із Документами генеративності своїх пацієнтів, переживали зворушеність і заторкнутість, а також більше залучення в питання стосовно них. Нарешті, в роботі Julião з

колегами (2020) зазначене експертне оцінювання інтервенції, яке принесло їй позитивні оцінки. До панелі експертів було залучено 20 учасників, з-поміж яких педіатри, дорослі та дитячі паліативні терапевти, сімейні терапевти, дитячі та дорослі психологи, паліативні медсестри і дитячий психіатр.

Підготовка фахівців, що провадять терапію гідності, уміщує тренування у реалізації таких *восьми компонентів (технік) інтервенції*:

- 1) рамка проведення (наприклад, прояснення і організація власних цілей пацієнта у створенні Документа генеративності);
- 2) перевірка розуміння пацієнтом терапії гідності;
- 3) збір біографічної інформації пацієнта;
- 4) використання поточнющючих питань;
- 5) дослідження життєвого шляху пацієнта;

6) рефокусування задля створення Документа генеративності;

- 7) заохочення пацієнта до значущих висловлювань;
- 8) загальні процеси терапії гідності (Schorpee et al., 2021).

У Таблиці 3 наведено приклади зворотнього зв'язку тренерів, узяті з роботи Schorpee et al. (2021) з метою унаочнення, як саме можуть реалізуватись зазначені компоненти і в чому можуть полягати складнощі.

**Таблиця 3.** Приклади зворотнього зв'язку тренерів на демонстрацію практичних навичок у реалізації компонентів терапії гідності (згідно з Schorpee et al., 2021)

Техніка терапії гідності	Приклад зворотнього зв'язку (запропоновані слова терапевта наводяться курсивом)	Обґрунтування
Рамкування	- Завжди робіть дзвінок до інтерв'ю, аби пояснити, що таке терапія гідності, зібрати дані про імена / стосунок до значущих інших, дізнатись причину, чому пацієнт хоче прийняти участь - Якщо пацієнт не ідентифікує адресата Документа генеративності, обговоріть мету участі в інтервенції	- Підготувати пацієнтів до розмови; зробити можливою концентрацію терапевта на цілі пацієнтів - Може бути, людина хоче прийняти участь, аби "розповісти свою історію", навіть якщо немає адресата Документа генеративності, це важливо враховувати і фокусуватись саме на такій формі роботи
Перевірка розуміння пацієнтом змісту терапії гідності	- Пересвідчитись, що пацієнт розуміє зміст терапії гідності <i>Можете розповісти мені, як Ви розумієте терапію гідності? Якою є Ваша ціль щодо участі в ній?</i>	- Пересвідчитись, що пацієнти поінформовані і прагнуть саме такої інтервенції - Якщо терапевт мусить пояснювати мету терапії гідності на сесії, він не зможе побудувати її так, аби концентруватись саме на цілі пацієнтів
Збір біографічних даних	- Якщо його не зроблено під час попереднього дхвінка, зробіть його на першій сесії - Надайте можливість пацієнтам відповісти на кожне питання з протоколу терапії гідності, але з повагою ставтесь до ситуацій, коли вони не хочуть щось обговорювати	- Критично, аби у терапевта були імена значущих інших - Обережно слідуйте за пацієнтами, аби вшанувати їх відчуття гідності - Звертайте увагу на сліпі плями і досліджуйте їх на рахунок важливої інформації
Використання поточнющючих питань	- Питайте конкретні приклади - Обов'язково користайтесь можливістю повернутись до певного моменту розповіді і запитати про ширший біографічний контекст	- Конкретні приклади допоможуть пацієнтам розповідати свої особисті історії і створити в результаті розповідь, в якій їх родини / друзі побачать живу людину
Дослідження життєвого шляху пацієнта	- Розгляньте можливість використання фотографій - Терапевтам варто уникати надавати забагато інтерпретацій тому, як почувались пацієнти - Намагайтесь слідувати хронології у розмові; починайте із ранніх спогадів, якщо тільки самі пацієнти не наполягають на тому, аби розпочати з останніх подій - Терапевтам варто уникати наводити власні історії	- Будь-який спогад або подія повинні інтерпретуватись виключно пацієнтами; наша мета – почути їх досвід і що він для них означає - Хронологія допоможе впорядкувати потік, коли потрібно буде його редагувати - Сесія повинна концентруватись на пацієнтах, аби уможливити досягнення тієї мети, що вони собі поставили
Рефокусування	- Перевірте, чи хочуть пацієнти включати в Документ генеративності чутливий матеріал - Коли пацієнти згадують значущу / чутливу подію, переконайтесь, чи про це зніють значущі інші	- Існує ризик втратити нитку оповідання найзначущі елементи - Терапевту потрібно допомагати пацієнтам дотримуватись фокусу роботи: яке повідомлення хочуть залишити по собі пацієнти і чи потрібно захистити значущих людей від певної інформації
Заохочення пацієнта до значущих висловлювань	<i>Чи є якісь надії чи мрії, які Ви хотіли б висловити? Чи є якісь життєві уроки, якими б Ви хотіли поділитись з людьми? Ви сказали такі слова для Вашої доньки: ... чи є якісь слова чи порада, що Ви б хотіли записати для сина?</i>	- Це допоможе переконатись, що пацієнти поділились найважливішими для себе повідомленнями на адресу значущих людей

Техніка терапії гідності	Приклад зворотнього зв'язку (запропоновані слова терапевта наводяться курсивом)	Обґрунтування
Загальні процеси терапії гідності	<ul style="list-style-type: none"> <li>- З самого початку знайте ціль процесу: кому людина хоче віддати Документ генеративності? Які в неї стосунки зі значущими іншими? Якою для неї є мета процесу?</li> <li>- Краще прояснити щось одразу в процесі, ніж покладатись на можливість разом відредувати вже готовий Документ</li> <li>- Наприкінці підтвердіть, чи пацієнти досягли ту мету, що вони собі формулювали на початку</li> <li>- Слідуйте за натяками пацієнтів; уникайте того, аби ставити питання, що відходять від протоколу терапії гідності</li> <li>- Уникайте порад</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Якщо Ви не впевнені в цілі, в тому, хто є значущі люди для пацієнтів і які ролі вони відіграють в їх життях, Ви можете випустити найважливішу частину їх історій</li> <li>- Відхилення від протоколу може завадити створенню Документа генеративності</li> <li>- Надання порад не допомагає рухатись до створення документа-спадку</li> </ul>

Процедура тренінгу фахівців з терапії гідності уміщує чотири складника:

- 1) забезпечують стандартизований тренінг і надають тренінгові матеріали;
- 2) набуття навичок контролюють через роботу з стандартизованими кейсами пацієнтів, рольові ігри та чеклист відповідності вимогам;
- 3) вірогідність того, що з часом консультанти відійдуть від оригінального задуму терапії гідності, контролюють через аудіо-записи інтервенцій, надання експертної супервізії та тренінг потрібних навичок за необхідності;
- 4) різниця у реалізації інтервенції з боку різних фахівців моніторять через додаткову експертну підтримку і супровід (Schorpee et al., 2021).

Усі без винятку джерела, що описують терапію гідності, наголошують на важливій ролі фахівця у процесі її реалізації. Важлива інтерактивна манера інтервенції. Терапевти мусять чутливо реагувати на натяки пацієнтів, рухаючись до значущих епізодів в історіях, які вони чують. Ключовим є ставлення фахівців до процесу – саморефлексивне і самосвідоме. Їх поведінка має бути ввічливою, незасудливою і сповненою поваги й зацікавленості у життєвому досвіді пацієнтів та співчуття до їх страждань. Мова фахівця/фахівчині має передавати це співчуття і з'єднуватись із пацієнтом поза щоденністю і буденними викликами.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що практика використання терапії гідності доводить: знання і розуміння нарративів пацієнтів, їх цінностей, значущих моментів їх життів уможлиблює більш персоналізоване ставлення до них з боку фахівців сфери охорони здоров'я і впливає на якісний контакт із пацієнтами. Окрім того, досвід уважного, чуйного слухання фахівцями, які реалізують інтервенцію, та побудовання Документів генеративності актуалізує переживання пацієнтами гідності і значущості прожитого життєвого шляху, приносить їм внутрішній спокій, посилює переживання якості життя і послаблює напругу в прийнятті реальності близької смерті.

#### Список використаних джерел / References

Buonaccorso, L., Tanzi, S., De Panfilis, L., Ghirrotto, L., Autelitano, C., Chochinov, H. M., Di Leo, S., & Martucci, G. (2021). Meanings of Dignity

Therapy Among Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(4), 730-737. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.02.028>. [pub 2021 Feb 20. PMID: 33621595.

- Caldas, M. L., Juliao, M., Santos, A. J., & Chochinov, H. M. (2020). Portuguese Patient Dignity Question: A cross-sectional study of palliative patients cared for in primary care. *Palliative and Supportive Care*, 18(6), 658–661. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000164>.
- Chochinov H. M. (2002). Dignity-conserving care – a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *Journal of the American Medical Association*, 287 (17), 2253-60. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>. PMID: 11980525.
- Chochinov, H. M., Bolton, J., Sareen, J. (2020). Death, Dying, and Dignity in the Time of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine*, 23(10), 1294-1295. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0406>. [pub 2020 Jul 9. PMID: 32639895; PMID: PMC7523014.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement S., & Harlos, M. (2005). Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520-5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>.
- Chochinov, H. M. & Juliao, M. (2021). Dignity, Memory, and Final Wishes of Dying Children. *Journal of Palliative Medicine*, 24(2), 171. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0599>.
- Damen, A., Oxline, J., Pargament, K., Yao, Y., Chpchinov, H., Emanuel, L., Handzo, G., Wilkie, D. J., & Fitchett, G. (2021). Prevalence, Predictors and Correlates of Religious and Spiritual Struggles in Palliative Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), e139-e147. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.04.024>. [pub 2021 May 10. PMID: 33984462; PMID: PMC8419029.
- Emanuel, L., Solomon, S., Fitchett, G., Chochinov, H. M., Handzo, G., Schoppee, T., & Wilkie, D. (2021). Fostering Existential Maturity to Manage Terror in a Pandemic. *Journal of Palliative Medicine*, 24(2):211-217. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0263>. [pub 2020 Jun 17. PMID: 32552500; PMID: PMC7840299.
- Gonzalez-Ling, A., Galindo Vázquez, O., Rascón-Gasca, M. L., Robles, R., & Chochinov, H. M. (2022). Dignity therapy in Mexican lung cancer patients with emotional distress: Impact on psychological symptoms and quality of life. *Palliative and Supportive Care*, 20(1), 62-68. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000468>. PMID: 33942707.
- Julião, M., Antunes, B., Santos, A., Sobral, M.A., Albuquerque, S., Fareira, F., Runa, D., Faria de Sousa, P., Chaves, P.,



- Gonçalves, C., Soares, D., & Chochinov, H. M. (2020). Adapting the Portuguese dignity question framework for adolescents: ages 10-18. *Palliative and Supportive Care*, 18(2), 199-205. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000798>. PMID: 31559945.
- Julião, M., Chochinov, H. M., Samorinha, C., da Silva Soares, D., & Antunes, B. (2021). Prevalence and Factors Associated With Will-to-Live in Patients With Advanced Disease: Results From a Portuguese Retrospective Study, *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(4), 820-827. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.02.018>. [pub 2021 Feb 22. PMID: 33631327.
- Julião, M., Sobral, M. A., Johnston, B., Lemos, A. R., Almeida, S., Antunes, B., Dönmez, Ç. F., & Chochinov, H. M. (2022). A Portuguese trial using dignity therapy for adults who have a life-threatening disease: Qualitative analysis of generativity documents, *Palliative and Supportive Care*, 20(2), 189-195. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000754>. PMID: 34172103.
- Lemos Caldas M., Juliao M., Santos A. J., & Chochinov, H. M. (2020). Portuguese Patient Dignity Question: A cross-sectional study of palliative patients cared for in primary care. *Palliative and Supportive Care*, 18(6), 658-661. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000164>. PMID: 32151292.
- Rantanen P., Chochinov, M. H., Manuel, L. L., Handzo, G., Wilkie, D. J., Yao, Y., & Fitchett, G. (2021). Existential Quality of Life and Associated Factors in Cancer Patients Receiving Palliative Care, *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(1), 61-70. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.016>.
- Schoppee, T. M., Scarton, L., Bluck, S., Yao, Y., Keenan, G., Handzo, G., Chochinov, H. M., Fitchett, G., Manuel, L. L., & Wilkie, D. J. (2021). Description of a training protocol to improve research reproducibility for dignity therapy: an interview-based intervention. *Palliative and Supportive Care*. 20(2), 178-188. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000614>. PMID: 34036932; PMCID: PMC8617038.
- Testoni, I., D'Ippolito, M., Iacona, G., Zamperini, A., Mencacci, G., Chochinov, H. M., & Grassi, L. (2022). Dignity Therapy and the Past That Matters: Dialogues with Older People on Values and Photos. *Journal of Loss and Trauma*, 27(1), 74-82. <https://doi.org/10.1080/15325024.2021.1894797>.

#### DIGNITY THERAPY AS A METHOD OF PALLIATIVE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE

O. Bayer

Ph. D. (Candidate Nauk) in Psychology, Docent  
Assistant Professor at the Department  
of Innovative technologies in Pedagogy, Psychology  
and Social Work at Alfred Nobel University  
Naberezhna Peremohy 18, 49000, Dnipro, Ukraine

Methodological and theoretical grounding of a brief psychological intervention, new for Ukraine, are presented – of so-called dignity therapy created by a Canadian researcher Harvey M. Chochinov the aim of which is fostering the feeling of the personhood of patients, actualization of their feeling of dignity and, as a result, decreasing of sufferings and increasing the quality of their lives. The scope of requests and conditions where dignity therapy could be helpful is defined, palliative care and psychological support of the elderly in particular. The factor contents of the model of dignity around which the intervention is constructed is revealed: feelings around the illness, behavioural repertoire related to the feeling of dignity, and the social model of dignity. The stages of dignity therapy implementation (preparatory, the stage of interview, and the stage of creating Generativity Document), its eight components (setting, comprehension check, probing questions, exploration of one's life path, refocusing, encouraging for meaningful expressions, general processes of the therapy) as well as questions that a therapist asks a patient in order to start a foreseen process are listed and described. Approximate contents of Generativity Document which is a key material product of dignity therapy on the example of summarized results of thematic analysis in the relevant research from different countries is presented (the developed themes include “Family”, “Pleasure”, “Caring”, “A Sense of Accomplishment” and others). The description of the procedure of estimation of efficacy of dignity therapy is provided, in particular through the use of self-reports and with the inclusion of groups of experts. A brief outline of the demands for therapists who implement the intervention is defined (namely, the standardized training with standardized teaching materials, the work at standardized cases, providing supervisions and additional expert support). The importance of the attitude of a specialist towards realization of dignity therapy is stressed – sensitive, self-aware as well as self-reflective.

**Keywords:** *palliative care, elderly age, existential feelings, death, quality of life*

The article was received by the editors 2.10.2023 (Стаття надійшла до редакції 2.10.2023)

The article is recommended for printing 7.12.2023 (Стаття рекомендована до друку 7.12.2023)

UDK 159.922.7-053.4:159.942.5]:159.98:688.721.2  
DOI 10.26565/2410-1249-2023-20-04

## ОПОВІДАННЯ ПРО ХІБУКІ – ІНСТРУМЕНТАРІЙ ПСИХОЛОГА В РОБОТІ З ПСИХОТРАВМОЮ ДИТИНИ

**Научитель О.Д.**

Кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології,  
гуманітарно-правовий факультет, Національний аерокосмічний університет імені М. С. Жуковського «Харківський  
авіаційний інститут», вул. Чкалова, 17, Харків, Україна, 61070  
E-mail: [elena.nauchitel@gmail.com](mailto:elena.nauchitel@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-4069-4858>

**Харченко А.О.**

Кандидат психологічних наук, доцент кафедри психологічного консультування і психотерапії, факультет психології,  
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна Майдан Свободи, 6, Харків, Україна, 61022  
E-mail: [kharchenkoao091284@gmail.com](mailto:kharchenkoao091284@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0001-6685-1498>

*Постановка проблеми* Невизначеність наслідків ситуацій, пов'язаних із стресогенними ситуаціями для психіки дитини актуалізує питання щодо запровадження нових підходів, методик та інструментів психологічного впливу, що сприяли б здатності дошкільника долати стрес в конструктивний спосіб. *Аналіз проблеми.* Дитяча психологічна травма залишає свій відбиток у несвідомості, може формувати світогляд, переконання, ідентифікацію свого «Я». І оскільки травма впливає на рівні первинної безпеки, вона створює дуже потужні моделі в свідомості. Ознаки психологічної травми дитинства: різкі скачки настрою, почуття провини, тривожність, відчуття покинутості, розгубленість і порушення концентрації уваги, замкнутість. Концептуалізація травматичного досвіду широко представлена в науковій літературі: теорії травматичного емоційного досвіду (Кочарян О.С., Ланіус Р., Массей М., Хаммер Р.), концептуальні засади субвербальної моделі клієнт-центрованої психотерапії (Кочарян О.С.), теорії та типології інфантильних травм (Джонсон Ст. М., Бурбо Л. та ін.), теоретичні положення процесуально-експеріментальної та емоційно-фокусованої психотерапії (Грінберг Л. та Елліотт Р.), психоаналітична теорія за Фрейдом З., ідеї щодо формування ранніх дезадаптивних схем (Boterhoven de H., Christopher W., Fassbinder E., Hayes C., Katrina L., Yong J.) та ін. Однак залишається актуальним вирішення багатьох складних задач, до однієї з яких належить психологічна допомога найбільш вразливим групам населення в екстремальних ситуаціях, до однієї з яких належать діти та роботи з актуальним травматичним досвідом. *Мета дослідження* – розробити та провести апробацію багатофункціонального інструменту роботи з психотравмою дитини в умовах довготривалих психотравмуючих обставин. *Висновки.* Історії про Хібукі, через які відбувалася ідентифікація дитини з героєм оповідання сприяє відновленню внутрішніх механізмів психіки, які допомагають процесу відновлення психологічного здоров'я дитини. Психолог може використовувати ці історії як для реабілітації психіки дитини, так і для діагностики її емоційного стану.

**Ключові слова:** психологічна травма, психотравма дитини, психологічне здоров'я, Хібукі-терапія

**Постанова проблеми.** Виклики першої чверті ХХІ століття, які реально чи опосередковано відчуло на собі населення планети Земля, мали непрогнозовані наслідки як для функціонування суспільства загалом, так й для психічного та психологічного здоров'я окремої особистості. Невизначеність наслідків ситуацій, пов'язаних із техногенними катастрофами, природними катаклізмами, пандемією, терористичними атаками та локальними воєнними конфліктами, актуалізує питання щодо запровадження нових підходів, методик та інструментів психологічного впливу, що сприяли б посиленню динамічної властивості особистості, що лежить в основі здатності людини долати стреси й найважчі періоди життя в конструктивний спосіб.

У роботі більш докладніше розглянуто один із таких інструментів психолога, використання якого дає змогу допомогти дитині впоратися з психотравмою, в основі якої лежить пережитий страх від наслідків війни, страх, який став своєрідним тригером, що запустив процес травматизації психіки дитини.

Психіка дошкільника найбільш вразлива, тому, на відміну від дорослої людини, за умов коли втрачається звичний для неї алгоритм поведінки, створений до травматичних подій, дитині самотійно, без допомоги ззовні, майже неможливо подолати негативні наслідки тривалого стресу. Тому такою важливою є роль дорослого, який буде тим «рятувальним колом», що допоможе дитині швидше адаптуватися до реальності, розв'язати внутрішній конфлікт у трикутнику «Я - інші - навколишній світ» і сформувати цілісну картину світу з інтегрованим у неї «Я-образом».

Авторами враховувалося й те, що, по-перше, психіка дитини сама по собі має адаптаційні механізми, які виробляються завдяки потребі й одночасно здатності активного опрацювання інформації, що надходить ззовні, та відображення свого внутрішнього світу; по-друге, що в дитинстві гра є провідною діяльністю дошкільника (Nazarevich, Valkovska, 2022). Саме через гру відбувається інтеграція дитини в навколишнє середовище, складаються моделі поведінки, усвідомлення «образу-

**How to cite:** Nauchitel, O., Kharchenko, A., (2023). A Story About Hibuki – A Psychologist's Instruments in Work with Children's Trauma, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (20), 26-30. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-04>. (in Ukrainian)

**Як цитувати:** Научитель О.Д., Харченко А.О., (2023). Оповідання про хібукі – інструментарій психолога в роботі з психотравмою дитини, *Психологічне консультування і психотерапія*, (20), 26-30. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-04>

© Научитель О.Д., Харченко А.О., 2023; CC BY 4.0 license

Я», розуміння сутності людських стосунків, можливість висловити свої почуття тощо.

Використовуючи елементи гри, психолог сприятиме змінам внутрішнього світу дитини через зміну її ставлення до себе, до зовнішнього світу. Під час гри створюється квазіреальність, яка для сприйняття дитини мало чим відрізнятиметься від реального життя. Через ігрову діяльність, де дитина може бути самою собою, не озираючись на соціальні норми поведінки та вимоги з боку дорослих, відбувається катарсис, своєрідне «оздоровлення» психіки – процес вивільнення емоцій, подолання внутрішніх конфліктів, зняття напруги та захисних реакцій.

Саме тому розробляючи інструментарій, який сприяв би процесу реабілітації психіки дитини, за основу, по-перше, було взято практичні напрацювання ізраїльських психологів, які понад п'ятнадцять років допомагають дітям, травмованим наслідками війни, техногенних катастроф і природних катаклізмів, відновити свій психологічний стан, по-друге, результати емпіричного дослідження психологів України, яке було проведене за допомогою й під керівництвом команди ізраїльських і українських вчених і практичних психологів упродовж весни-зими 2022 року.

Команда ізраїльських психологів на чолі з Шай Хен-Галь стала засновником нової моделі у застосуванні іграшки як перехідного об'єкту, який надав можливість дітям з різних частин світу подолати негативні наслідки травмуючих подій одночасно з набуттям позитивного результату в інтеграції травматичного досвіду. В якості такого перехідного об'єкту було обрано м'яку іграшку цуценя на ім'я Хібукі. У перекладі з іврит «хібукі» – обійми. Ім'я цуценя дуже символічно, бо тілесний контакт відіграє важливу роль у відновленні емоційного стану людини після пережитого стресу. Хібукі саме такий, оскільки справді може обійняти дитину. Так в історії психотерапії народилася Хібукі-терапія. Згідно з поглядами Шай Хен-Галья, ці двоє (Дитина і Хібукі) самі знають, що і як їм потрібно робити, як їм взаємодіяти, тому що вони стають єдиним цілим [1].

Ізраїльські психологи спочатку знайомили дитину з Хібукі, а саме, розповідали хто такий цуценя, чому він зараз перебуває тут, давали змогу роздивитись, погладити іграшку, притиснути її до себе, подивитись в очі та т. ін. Ставили запитання, що дитина думає про нового товариша. Саме товариша, бо майже у всіх світових культурах, лише образ собаки, серед усіх інших тварин, асоціюється як справжній товариш, який ніколи не зрадить, збереже вірність і відданість людині на все своє життя, завжди захистить пожертвувавши собою. Далі йшла бесіда про те, як дитина сприймає Хібукі, а саме, який він на її погляд: добрий чи злий, сумний чи веселий, що любить і чого боїться, чого йому зараз бракує, чим він зараз хотів б зайнятися ....

Таким чином, коли дитина відповідала на запитання, найімовірніше, вона говорила не про Хібукі, а про себе, бо рефлексія, як загальна здібність, поки що тільки формується, дитині легше взаємодіяти

з психологом через Хібукі, ніж від свого Я. Після двох-трьох зустрічей психолог пропонував дитині взяти Хібукі додому назавжди, домовляючись про те, як саме дитина буде дбати про нового товариша. На цьому безпосередній вплив на психологічний стан дитини з боку психолога завершувався, і починалася власно «робота» з боку Хібукі.

В умовах нетривалих за часом психотравмуючих обставин, як ми раніше вже підкреслювали, така досить нетривала за часом психологічна інтервенція, з використанням можливостей іграшки запускати систему ототожнення «Дитина – іграшка», давала позитивний психотерапевтичний результат (Nauchitel, Maksimov, 2023).

Дані емпіричних досліджень, зібрані українськими психологами впродовж березня-грудня 2022 року, показали, що в умовах довготривалих психотравмуючих обставин такої нетривалої за часом психологічної інтервенції недостатньо, аби допомогти дітям подолати негативні наслідки пережитих подій війни, пов'язаних із різноплановими за характером обставинами, що травмували психіку дитини, а саме: розриви вибухових предметів, смерть та кров людей і тварин, втрата члена сім'ї, розставання з друзями, необхідність адаптуватися до нового місця проживання, відключення світла та т. ін. Тобто все те, що кардинально змінювало звичне уявлення дитини про навколишній світ, і як наслідок уявлення і про себе (Sharon-Maksimov, 2023).

Тому треба було вносити певні зміни в застосуванні Хібукі-терапії, а саме, збільшувати кількість зустрічей психолога з дошкільником (збільшилося до семи); по-іншому проводити першу зустріч дитини з Хібукі і процес передання іграшки (потрібен був час, щоб отримати необхідну їх кількість); суттєво підвищилася роль дорослих членів сім'ї в трикутнику (Дитина – Хібукі – Сім'я).

Розглянемо більш конкретно, запропонований інструмент (маленькі оповідання: історії, герої яких Хібукі і Дитина) для роботи з дитячою психотравмою.

Ці маленькі оповідання можна використати з різною метою: як засіб діагностики (наприклад, зрозуміти емоційний стан дитини, що їй бракує, чого вона боїться ...), для психокорекції (наприклад, для подолання страху, розвитку рефлексії ...), як спосіб, що допоможе дорослим членам родини зрозуміти почуття дитини, чим зумовлена така невластива їй раніше поведінка й адекватно на неї відреагувати, тим самим створити важливі умови для самоцілювання ресурсів дитини.

Для того, щоб такі оповідання стали дієвим інструментом треба дотримуватися певних вимог.

По-перше, події історії повинні бути максимально близькі до того, що зумовило психотравму дитини. По-друге, спілкування Хібукі та дитини відбувається або у формі незавершеного діалогу, або це історія, в якій відсутня «остання крапка», історія без кінця. Таким чином, дошкільник стає «співавтором», вкладаючи своє Я: свої переживання, своє бачення, відносно того, що повинно відбуватися врешті-решт. Така фабула розвитку історії дозволяє дошкільнику відрефлексувати свої почуття, спробувати самому

застосувати спосіб, описаний в оповіданні. По-третє, бажано, щоб герой історії та дитина, для якої була написана історія, були однієї статі. І звісно, дуже добре, якщо в оповіданні буде малюнок(ки), у якому(их) відображено основний(і) ключовий(і) момент(и). Така візуалізація полегшує дитині як сприйняття перебігу подій, так і дає змогу подумки ідентифікувати себе з героєм історії.

Психолог може використовувати одну й ту саму розповідь із різними цілями. Наведемо нижче декілька таких прикладів. Наприклад, метою оповідання [Хібукі та Оленка (незвичайні гості)], як діагностичного інструменту, могло бути виявити які обставини та як саме впливають на емоційний стан дитини. Метою корекції – зменшити емоційне напруження через рефлексію.

Якщо дорослі перебувають поруч із дитиною, то їм буде легше зрозуміти поведінку та переживання дитини. В ситуації, коли взаємодія психолога з дитиною відбувається наодинці, можна передати аркуш із текстом історії дорослим, запропонувати прочитати її разом з дитиною вдома, записати відповіді дитини на зворотному боці аркуша. В останньому випадку ще додається позитивний вплив від емоційного контакту Дитина – Мати (мама любить мене, почуття «ми» ...).

*Приклад історії на роботу з емоційною сферою дитини.*

#### **Хібукі та Оленка (незвичайні гості)**

Одного разу, коли Хібукі та Оленка сиділи у своєму затишному містечку, дівчинка напівголосно, соромлячись запитала: «Хібукі, я жодного разу не бачила щоб ти кричав, плакав або сердився. А чому я злюсь, кричу, а потім плачу, тому що мені жалко тих, на кого я гнівалася, соромно за свою поведінку, відчуваю провину, що сердилася на інших і на себе?»

Хібукі подумав і сказав: «Мені важко відповісти на твоє запитання. Є багато такого, чого я ще не знаю та, як і ти, хочу зрозуміти. Тому спробуємо запитати в тих, хто напевно зможе нам пояснити чому так трапляється».

«А, хто знає?» - радісно вигукнула Оленка.

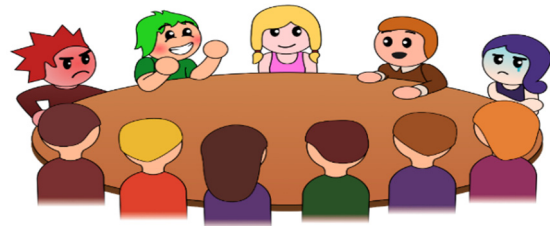
Хібукі трохи помовчав, потер лапкою свій ніс і проговорив: «Незвичайні гості. Ти готова заплющити очі і уявити, що сидиш за круглим столом, навколо якого є ще порожні стільці? На ці стільці можуть сісти: ІНТЕРЕС, СУМ, ПРЕЗИРСТВО, РАДІСТЬ, ГНІВ, СТРАХ, ПРОВИНА, ПОДИВ, ВІДРАЗА і СОРОМ. Я буду поряд з тобою, буду тримати твою долонь, тож будь спокійна».

Оленка, міцно стиснула лапку Хібукі і впевнено відповіла: «Так, готова».

Знову трохи помовчав, ще раз повільно роблячи короткі паузи, Хібукі повторив кого він запросив сісти за стіл поряд з дівчинкою.

«Це – Інтерес, Сум, Презирство, Радість, Гнів, Страх, Провина, Подив, Відраза і Сором», - знову потер свій ніс і запитав: «Якщо хтось із них сів на порожні стільці, попроси їх розповісти про себе; пояснити чим вони можуть бути тобі корисними». І

знову замовк, даючи можливість дівчинці почути відповіді гостей.



**Рис. 1.** Емоції в гостях у Оленки

Через декілька хвилин, коли дитина впоралася зі своїм хвилюванням, Хібукі сказав: «Я пишаюся тобою, ти дуже смілива дівчинка». Знову трохи помовчав і запитав: «Оленочко, я розумію, що це була твоя таємна розмова. Я буду дуже вдячний, якщо ти захочеш та зможеш відповісти на мої запитання».

Дівчинка мовчки кивнула головою і додала: «Добре, що ти хочеш знати? Я відповім на усі твої запитання, тому що ти мій ДРУГ, якому я довіряю все найпотаємніше, все найважливіше, вірю, що ти вмєш зберігати мої таємниці».

«Спасибі, Оленка. Я справді дорожу нашою дружбою, тому для мене так важливо знати, хто з гостей захотів сісти за твій стіл? Хто з них заговорив із тобою, а хто промовчав і нічого не сказав? Може хтось сів, а потім пішов геть? Що вони розповіли про себе? Як пояснили коли та навіщо приходять до тебе?»

У випадку, коли це оповідання ми даємо мамі, щоб вона вдома разом із дитиною його прочитали, слід попросити, щоб вона, з дозволу дитини, записала відповіді дошкільника на запитання Хібукі, та принесла їх на наступну зустріч. Як варіант дитина може й намалювати тих гостей, які сіли за стіл.

Таким чином відповіді дошкільника допомагають отримати додаткову психологічну інформацію для подальшої роботи як з дитиною, так і з її мамою.

*Приклад історії на роботу із страхом темряви.*

#### **Хібукі та Ігор (як ми перемагали страх)**

Однієї квітневої ночі Ігореві наснився сон, ніби чудовисько на ім'я Страх вирішило забрати у нього Сміх. Він навіть відчув, як Страх присів до нього на ліжко. Ігорю дуже хотілося, щоб скоріше настав ранок, бо він нікого не хотів лякати, адже вранці можна розповісти Хібукі про те, що він відчув цієї ночі.

Нарешті зійшло сонечко. Хлопчик підійшов до Хібукі, доторкнувся до нього лапою і запитав: «Доброго ранку! Ти вже прокинувся? Що тобі снилося?»

Від нетерпіння, не дочекавшись відповіді на свої запитання, промовив скоромовкою: «До мене сьогодні вночі приходив Страх. Я навіть із головою сховався під ковдру, щоб він якнайскоріше пішов геть. А він усе сидів і сидів на моєму ліжку до самого ранку. Мені було страшно, я злякався, що втрачу можливість сміятися».

Хібукі обхопив плечі дитини, притягнувши Ігоря до себе: «І до мене також іноді вночі приходять СТРАХ. Щоб він перестав мене лякати, я, як це роблять усі сміливці, дістаю свою зброю і викликаю його битися

віч-на-віч. А бій наш от який. Я беру олівець і малою свій страх і потім кольоровими олівцями розфарбовую його, домальовуючи йому щось таке смішне, що відразу сміюся. А можу і виліпити його з пластиліну, а потім стиснувши пластиліновий страх у кулачок, перетворюю його на нову пластилінову кульку і починаю ліпити те, що мені подобається. А ще в мене є маленька пляшечка з краплями хоробрості, яку мені подарувала сестричка. Її завжди можна відкрити, вдихнути запах хоробрості і одразу стає спокійніше. Ось яка у мене різна дивовижна зброя. З нею я завжди перемагаю будь-який страх».

Ігор уважно слухав Хібуки. Потім узяв аркуш паперу, олівці й почав малювати свого нічного гостя. Трохи подумав, від старанності почував себе за вухом, і, щось бурмочучи собі під ніс, почав домальовувати.

«Як здорово!» - усміхнувся Ігор і відклав олівець убік. «Хібуки, подивися, яким став мій нічний гість! Він немов той клоун, якого я бачив у цирку минулого літа. Тепер ніколи більше не буду ховатися під ковдрою, адже я знаю що я сильніше за нього». І додав: «Я впевнений в тому, що Сміх завжди буде зі мною, оскільки можу перетворити його навіть на маленьку мурашу. Спасибі тобі Хібуки, ти подарував мені таку чудову зброю. Я обов'язково розповім мамі та хлопчикам і дівчаткам у дитсадку про твій подарунок, щоб і вони теж стали більш хоробрими».

Після завершення історії слід попросити дитину намалювати два малюнки. На першому Страх, який прийшов до Ігоря вночі, на другому яким став Страх потім, після того як Ігор його перефарбував. Якщо дитина відмовляється малювати, нехай вона сама обирає будь-який інший спосіб це показати.

*Приклад історії на роботу із втратою чогось дуже важливого для дитини.*

### **Хібуки та Юля (як ми рятували березку)**

Одного разу в розпал літа ми з Юлією сиділи у дворі та спостерігали за сонцем, яке ховалося за хмарами, які ніби дивні птахи пролітали над нашими головами.

Закинувши голову вгору, Юля зачаровано дивилася на хмари і радісно вигукнула: «Хібуки, ось ця хмарка, ніби лелека, поспішає додому, бо там її чекають маленькі пташенята, а ця летить неквапливо, бо хоче, щоб усі побачили, яке в неї гарне оперення, а та, як казкова Жар-птиця, поспішає до нас, щоб привітатися та побажати гарного дня». Птахи пролітали високо над домами, над нашими головами та над кронами дерев, серед яких була і наша улюбленця – березка.

Це деревце батько Юлі посадив в день, коли народилася дівчинка. Минали роки, дівчинка трохи підросла и стала разом з татком старанно доглядали за своїм деревцем. Вона, пестила свою березку, раділа, спостерігаючи як з маленького саджанця росло гарне деревце.

Раптом сонечко повністю закрила чорна хмара, налетів вітер та стало чути гуркіт грому, в небі блиснула блискавка. І ми побачили як блискавка вдарила в деревце та обпекла своїм промінням гілку берези. На стволі берези з'явилися крапельки, наче береза плакала від болу, коли обгоріла гілка почала

повільно падати на землю. У Юлі защеміло серце, їй захотілося кричати на блискавку, лаяти її за те, що вона накоїла з березою. Хібуки підійшов до Юлі, обійняв дівчинку та сказав: «Ходімо швидше до березки. Я знаю як можна врятувати твою улюбленицю».



Рис. 2. Березка, яку опалила блискавка

Потім слід попросити дитину продовжити розповідь про те, як Хібуки та Юля рятували поранене деревце. Як варіант це може бути і серія малюнків, на яких представлено порятунок березки.

*Приклад історії, який стимулює думки про майбутнє.*

### **Хібуки та шість друзів (казкові подорожі друзів)**

За вікном дув холодний листопадовий вітер, йшов сильний дощ, в кімнаті теж було дуже холодно та темно. Єгор, Маша, Наталка, Вітя, Василюк та Павло навіть трохи засумували.

Хібуки побачив сумні очі дітей, раптом несподівано тихо прошепотів: «Закрийте очі, поворухніть ногами. Сподіваюсь ви відчули, що ваші ноги одягнені в нові чоботи. Але це не прості чоботи, це чоботи-скороходи, які можуть дуже швидко-швидко перенести будь-кого куди завгодно. Слід тільки прошепотіти «трім-тим-тук», двічі топнути по підлозі ногою і промовити: «полетіли». А завтра можна знову зібратися разом і до самого вечора розповідати де побували, кого зустріли, що нового впізнали».

Хібуки замовк, щоб кожна дитина прийняла своє рішення. Для дітей, які згоряли від нетерпіння, ця хвилинка мовчання тривала майже вічність. Нарешті Хібуки спитав: «Готові у подорож?»

«Так!» - дружно у шість голосів пролунало у відповідь.

Чи довго, чи коротко, але час пролетів так швидко, що діти навіть не помітили, як пройшов день, наступив вечір. Попрощавшись один з одним вони домовились, що завтра знову зберуться разом.

За вікном, як і вчора, дув холодний вітер, йшов дощ, але Єгор, Маша, Наталка, Вітя, Василюк та Павло сиділи біля каміна, дивилися як горить вогонь та тріщать гілки, і затамувавши подих, слухали чудові розповіді про дивні пригоди. День пролетів швидко. Надвечір за ними знову прийшли батьки і вони пішли додому з переповненим від щастя серцем.

А Хібуки, як і раніше, сидів у кріслі біля каміна, дивився як горить вогонь і думав, а що було б якщо б

такі чоботи-скороходи були б і у інших хлопчиків та дівчат, наприклад, у ТЕБЕ, куди би ТИ полетів?»

Можна попросити дитину, щоб вона розповіла про свою подорож, намалювала, те що бачила (це може бути і серія малюнків). У випадку, коли ця історія буде прочитана мамою дома, дитина може вибрати будь-який інший зручний для неї спосіб розповісти про свої враження.

На завершення наведемо лише кілька висловлювань дітей і дорослих.

Дівчинка М. 5 років.

«Я дуже сумую за татом. Учора ми з мамою весь вечір писали казку для тата. А Хібукі сидів на моїх колінах і весь час посміхався.

Із розповіді мами дівчинки:

«Відтоді як у доньки появился Хібукі, вона стала спокійнішою, більш впевненою в собі. Цей песик повернув мені мою доньку такою якою вона була раніше.»

Хлопчик С., 6 років

«Мій Хібукі найрозумніший пес на світі. Тепер, я завжди беру з собою аркуш паперу і кольорові олівці. Це моя зброя.»

Із розповіді мами хлопчика:

«Чесно кажучи, я не дуже-то вірила, що якась іграшка зможе допомогти синові, але я дуже рада, що помилилася. Син майже перестав здригатися від гучних звуків. Коли лунає сирена, він притискує Хібукі до себе та закриває своїми долонями його вуха. Я дивлюся на сина і відчуваю, що він сам стає більш сміливим в ці хвилини, більш впевненим в собі, бо в ці хвилини він дбає не про себе, він захищає того, хто слабше за нього, кому потрібна його

допомога. Він дійсно став другом мого сина. Дякую Хібукі.»

Таким чином, узагальнюючи вище сказане, можна констатувати факт того, що ідентифікація дитини з героєм оповідання сприяє відновленню внутрішніх механізмів психіки, які допомагають процесу відновлення психологічного здоров'я дитини. Як точно підкреслив П. Левін Травма – це факт життя. Однак це не обов'язково має бути подобою довічного ув'язнення. Ми можемо пройти через травму і трансформувати її.

#### Список використаних джерел/References

- Kostyuchenko, O.V. (2022), *Розвиток психологічної резильєнтності особистості як складника здоров'я арттерапевтичними засобами* [Development of psychological resilience of the individual as a component of health by means of art therapy] Scientific notes of TNU named after V. I. Vernadskyi, 33(72), 2, P 43-50. (in Ukrainian).
- Nauchitel, E., Maksimov D. (2023), The role of Hibuki psychotherapeutic toy in the rehabilitation of childrens psychological trauma. Basics of learning, the latest theories and methods - IX International scientific and practical conference: theses 07-10 marks, Boston, P. 340-347 (in Ukrainian).
- Nazarevich, V. V., Valkovska, M. M. (2022), *Використання іграшки як трансферного об'єкту в формуванні резильєнтності у дітей* [The use of a toy as a transfer object in the formation of resilience in children] Collection of scientific works of RDSU, 19(101), P 60-67. (in Ukrainian).
- Sharon-Maksimov, D. (2023), *Хібукі: бронезилет для дитячої душі* [Hibuki: bulletproof vest for a child's soul] Kyiv: "NOV" Publishing House, 204 p. (in Ukrainian).

#### A STORY ABOUT HIBUKI - A PSYCHOLOGIST'S INSTRUMENTS IN WORK WITH CHILDREN'S TRAUMA

**O.D. Nauchitel**

*candidate of psychological sciences, associate professor, associate professor of the Department of Psychology Faculty of Humanities and Law, National Aerospace University named after M.E. Zhukovskiy "Kharkiv Aviation Institute", str. Chkalova, 17, Kharkiv, Ukraine, 61070*

**A.O. Kharchenko**

*candidate of psychological sciences, associate professor of the department of psychological counseling and psychotherapy Faculty of Psychology, Kharkiv National University named after V.N. Karazin Svobody Sq., 4, Kharkiv, Ukraine, 61022*

**Problem definition.** The uncertainty of the consequences of situations related to stressful situations for the child's psyche actualizes the issue of introducing new approaches, methods and tools of psychological influence that would contribute to the preschooler's ability to overcome stress in a constructive way. **Problem analysis.** Childhood psychological trauma leaves its mark on the subconscious, can shape a person's worldview, beliefs, and identification of the self. And since trauma affects the levels of primary safety, it creates very powerful patterns in the mind. Signs of childhood trauma include mood swings, guilt, anxiety, feelings of abandonment, confusion and impaired concentration, and withdrawal. The conceptualization of traumatic experience is widely presented in scientific literature: theories of traumatic emotional experience (O.S. Kocharyan, R. Lanius, M. Massey, R. Hammer), conceptual foundations of the subverbal model of client-centered psychotherapy (O.S. Kocharyan), theories and typologies of infantile traumas (Johnson St. M., Burbo L., etc.), theoretical positions of procedural-experiential and emotionally-focused psychotherapy (Greenberg L. and Elliott R.), psychoanalytic theory according to Freud Z., ideas about the formation of early maladaptive schemes (Boterhoven de H., Christopher W., Fassbinder E., Hayes C., Katrina L., Yong J.) and others. However, solving many complex problems remains relevant, one of which includes psychological assistance to the most vulnerable population groups in extreme situations, one of which includes children and work with current traumatic experiences. The purpose of the study is to develop and test a multifunctional tool for working with childhood trauma in conditions of long-term traumatic circumstances. **Conclusions.** The stories about Hibuki, through which the child identified with the hero of the story, contribute to the restoration of internal mechanisms of the psyche, which help the process of restoring the child's psychological health. A psychologist can use these stories both to rehabilitate a child's psyche and to diagnose his or her emotional state.

**Key words:** *psychological trauma, psychotrauma of a child, psychological health, Hibuki therapy*

The article was received by the editors 17.10.2023 (Стаття надійшла до редакції 17.10.2023)

The article is recommended for printing 11.12.2023 (Стаття рекомендована до друку 11.12.2023)

UDK 616.89-008.442.36:615.851.2  
DOI 10.26565/2410-1249-2023-20-05

## ГІПНОСУГЕСТИВНА ТЕРАПІЯ ТА СЕКСУАЛЬНО-ПОВЕДІНКОВИЙ ТРЕНІНГ В КОРЕКЦІЇ ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТІ. ВИПАДОК ІЗ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Кочарян Г.С.

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету,  
пр. Науки, 4, Харків, 61022, Україна

E-mail: [kocharyangs@gmail.com](mailto:kocharyangs@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0003-3797-5007>

Пацієнт В., 16 років, учень 10 класу середньої школи. Звернувся до мене з метою корекції гомосексуального потягу з ініціативи батьків, які, на відміну від нього, вважали його сексуальну орієнтацію патологією. Під їхнім сильним психологічним тиском він погодився на конверсійну терапію, оскільки «гірше від цього не стане, але так буде краще для батьків». Гетеросексуальний компонент статевого потягу на момент звернення повністю відсутній. Платонічне (романтичне) лібідо до дівчаток виникло у 8-9 років, еротичне – у 10 років. Еротичний потяг до осіб чоловічої статі виник в 12-13 років, сексуальний – на рік пізніше. У 13 років дійшов висновку, що він гей. У 14 років сподобався однокласник одного з ним віку. Пацієнт не зізнавався йому в цьому. Було спілкування, «дружба». Спілкувалися з цим хлопцем 1-1,5 року. У 15 років відбувся перший гомосексуальний контакт із 36-річним чоловіком. Мав понад 20 сексуальних контактів із чоловіками в віці від 17 до 36 років. Проявів гендерної невідповідності ніколи не було. В андрологічному статусі без патології. Було проведено таку корекцію: 1. Когнітивні впливи, спрямовані на формування уявлень про переваги гетеросексуального способу життя. 2. Гіпносугестивна корекція. Проводилося програмування, спрямоване на сугестію безперспективності гомосексуального способу життя, позбавлення гомосексуального потягу та насичення гетеросексуальним, формування асоціацій гомосексуальності з неприємними відчуттями й пейзажами, негативними соціальними наслідками гомосексуальних стосунків, психічними розладами та соматичними проблемами, що спостерігаються в гомосексуалах. Також сугестувалася зміна естетичного та сексуального сприйняття осіб жіночої та чоловічої статі, посилення статевого потягу до дівчат і жінок. Програмувалося нормальне протікання гетеросексуальної мастурбації. Крім цього, проводилося моделювання в гіпнолітичному стані статевого актів з особами жіночої статі, які нормально протікають. 3. Сексуально-поведінковий тренінг (секс-терапія) з використанням мастурбації гетеросексуального характеру із залученням порно-ресурсів Інтернету. Природно, що використання гомосексуальних сюжетів під час мастурбації було категорично заборонено. 4. Також перед пацієнтом було поставлено завдання формувати ідеал жіночої краси шляхом фіксації уваги на обличчях жіночої статі як у реальному житті, так і в Інтернеті. Було проведено 21 сеанс гіпносугестивної корекції. У процесі проведеної терапії гомосексуальний компонент лібідо зменшувався, а гетеросексуальний збільшувався. Після 18 сеансу гіпнозу гетеросексуальний потяг становив 100%, а гомосексуальний – 0%. Потім було проведено ще 3 сеанси гіпнозу з метою закріплення досягнутих результатів. Опитування пацієнта через 4 місяці після проведеної корекції свідчило про їхню стійкість.

**Ключові слова:** підліток чоловічої статі, гомосексуальність, конверсійна терапія, когнітивні впливи, гіпносугестивна корекція, сексуально-поведінковий тренінг.

Незважаючи на численні спроби назвати конверсійну (репаративну, періорієнтувальну, диференціювальну) терапію, що спрямована на зміну сексуальної орієнтації з гомосексуальної на гетеросексуальну, нерезультативною і, більше того, такою, що завдає шкоди, вона може бути ефективною та призводити до отримання бажаних результатів (Ellis, 1959; Kocharyan, 2016, 2020, 2021, 2022; Lysov, 2019; Nicolosi et al., 2000; Sullins et al., 2021; Spitzer, 2003). До цього слід додати, що сексуальна орієнтація людини може змінюватися навіть спонтанно (сексуальна флюїдність), без докладання спеціальних зусиль з боку психотерапевтів. В одній статті, опублікованій у *The Journal of Sex Research* (Diamond, Rosky, 2016), стверджується, що аргументи, які ґрунтуються на незмінності сексуальної орієнтації, є ненауковими. У зв'язку з цим слід зазначити, що однією з її авторів є Ліза Даймонд (Lisa Diamond) –

активіст боротьби за права лесбійок і професор психології розвитку та психології здоров'я в університеті штату Юта (США). На підставі вищевикладених даних цілком закономірно виникає таке запитання: «Якщо спрямованість статевого потягу може змінюватися навіть спонтанно, то чому її не можна змінити, доклавши певних психотерапевтичних зусиль?» Відповідь на це запитання абсолютно очевидна (Kocharyan, 2020, 2022).

У своїй клінічній практиці я зіткнувся з випадком, коли у пацієнта з дуже тяжким обсессивно-компульсивним синдромом, який був представлений, зокрема, різними нав'язливими ідеями, в тому числі і в сексуальній сфері, сексуальна орієнтація, за його словами, змінювалася дуже швидко протягом коротких проміжків часу (Kocharyan, 2022). Так, на одному з сеансів він повідомив, що на початку дня у

**How to cite:** Kocharyan G., (2023). Hypnosuggestive Therapy and Sexual-Behavioral Training in The Correction of Homosexuality. A Case from Clinical Practice, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (20), 31-38. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-05>. (in Ukrainian)

**Як цитувати:** Кочарян Г.С., (2023). Гіпносугестивна терапія та сексуально-поведінковий тренінг в корекції гомосексуальності. Випадок із клінічної практики, *Психологічне консультування і психотерапія*, (20), 31-38. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-05>

© Кочарян Г.С., 2023; [CC BY 4.0 license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

нього переважав гомосексуальний компонент лібідо (80%) над гетеросексуальним (20%), а ввечері того ж дня це співвідношення змінилося на протилежне (гетеросексуальний компонент становив 80%, а гомосексуальний – 20%). Він не знає, чому це відбувається. Після останнього сеансу гіпноугестивної терапії, проведеного 4 дні тому, гетеросексуальний компонент лібідо був виражений на 100% у вечірній і нічний час (спав погано, з перервами). Наступного дня співвідношення гомосексуального та гетеросексуального лібідо було 80% до 20%. На наступний день співвідношення між гомосексуальним і гетеросексуальним лібідо змінилося зі 100% гетеросексуальності до 80% гомосексуальності з включенням 20% гетеросексуальності. Іноді в проміжках між цими станами спостерігалася бісексуальність, а іноді стрибки в зміні вираженості окремих компонентів лібідо були різкими. У січні-лютому 2022 року була повна гетеросексуальність. Потім, у зв'язку з тим, що всі думки були поглинені військовими діями в Україні, він не замислювався над цим і не відстежував свою сексуальну орієнтацію (вперше звернувся до мене за медичною допомогою 15.11.2022, оскільки вважав себе бісексуалом). Влітку 2022 року гомосексуальний і гетеросексуальний компоненти лібідо були виражені по 50%, але іноді були періоди повної гетеросексуальності. У жовтні 2022 року мала місце 100% гетеросексуальність.

Одним зі свідчень ефективності конверсійної терапії є наведена нижче історія хвороби.

Пацієнт В., 16 років, учень 10 класу середньої школи. Звернувся до мене 21.11.2022 р.

**Проблемна ситуація.** Має місце потяг до осіб чоловічої статі, який виражений на 100%. Гетеросексуальний потяг взагалі відсутній. Вважає, що це нормально. Погодився на корекцію сексуальної орієнтації тому, «що гірше від цього не стане, а чи буде краще для моїх батьків». На запитання, а чи буде це краще для нього, відповів, що не знає. Якби не його батьки, він би не став змінювати спрямованість свого статевого потягу. Вони сильно наполягали на цьому, був виражений пресинг.

**Анамнез.** *Платонічне лібідо до дівчаток* прокинулося у 8-9 років (у другому класі школи), була його реалізація. *Еротичне лібідо до дівчаток* виникло в 10 років. Пробудження сексуального лібідо з гетеросексуальною спрямованістю заперече.

*Еротичне лібідо до осіб чоловічої статі* виникло в 12-13 років: були еротичні фантазії (здійснював у них ласки, поцілунки хлопців віком близько 20 років). У 13 років дійшов висновку, що він гей. У 14 років сподобався однокласник одного з ним віку. Пацієнт не зізнавався йому в цьому. Було спілкування, «дружба». Спілкувалися з цим хлопцем 1-1,5 року.

У 13-14 років уже прокинулося *сексуальне лібідо до осіб своєї статі*.

У 15 років (після закінчення 8 класу) відбувся *перший гомосексуальний сексуальний контакт* із чоловіком, з яким познайомився через Інтернет у додатку для знайомств. Цьому чоловікові було 36 років. Мав місце взаємний мінет. Крім цього, чоловік

провів із пацієнтом ректальний статевий акт, а останній вводив член цьому чоловікові в задній прохід не захотів.

Другий сексуальний контакт відбувся через кілька днів з іншим чоловіком, якому було близько 30 років. Обсяг сексуальної взаємодії був таким самим, як і першого разу.

Загалом до теперішнього часу було понад 20 статевих актів із чоловіками. Кількість статевих актів з одним і тим самим чоловіком була від 1 до 3 разів (у переважній кількості випадків – 1 раз). Усі партнери були старші за нього – віковий діапазон від 17 до 36 років, але переважно 25-35 років. Усі ці сексуальні контакти відбулися протягом півтора року. Їхній сценарій був таким самим, як і під час сексуальних контактів із першим і другим чоловіком. Тільки один раз спробував сам ввести член через задній прохід, але йому це не сподобалося, і більше він цього не повторював. Під час усіх статевих актів із чоловіками була ерекція, оргазм і еякуляція.

**Мастурбація** з 12 років – «правокулачна» (охоплював при фрикціях і головку члена). У 12-13 років сталася *перша еякуляція* і тоді ж стався *перший оргазм*. Завжди мастурбував під інтернет-порно. Спочатку використовував гетеросексуальне порно. Виникали ерекція, статеве збудження, оргазм і еякуляція. Точно не пам'ятає, який період часу це зайняло, але це було понад 10 разів (точно не пам'ятає). Потім під час мастурбації почав дивитися гомосексуальне порно і досі його дивиться. У цих порно-сюжетах ідеться про двох і більше чоловіків (до п'яти). При цьому виникає ерекція, оргазм та еякуляція. Не пам'ятає, яка частота мастурбації була з 12 років. З 14 років мастурбував у середньому щоденно-через день.

**Еротичні сновидіння** сняться рідко. Почалися в 13 років. Пам'ятає, що вони були 3-4 рази. Снилися статеві акти з чоловіками. З жінками вони не снилися.

**Транссексуальних проявів у пацієнта не було.**

У дитинстві здебільшого спілкувався з дівчатками, тому що почувався при цьому комфортніше, ніж під час спілкування з хлопчиками; грав у хованки, доганялки.

Спорт взагалі ніколи не приваблював, але з ініціативи батька почав займатися кікбоксингом, але успіху не мав і припинив займатися ним. Займався плаванням, шахами. Футбол, бокс ніколи не подобалися. Подобався волейбол і баскетбол.

Битися не любив, але здачу давав, якщо вибору не було. У 7 класі поводився фемінінно, спілкувався з дівчатами («не було маскулітності»), і коли виходив зі школи, то хлопці, які навчалися в ній, обзивали його геєм, але фізичного рукоприкладства не було.

Лідер у сім'ї батько, але більше в його вихованні брала участь мати. Не можна сказати, що батько був відсторонений. З 4-5 років спілкувався з ним (за винятком телефонних дзвінків) по півроку на рік. Це було пов'язано з роботою батька.

До того, як батьки дізналися про його гомосексуальність, почувався в сім'ї досить комфортно. Батьки про його сексуальні уподобання дізналися 1 тиждень тому. Сприйняли це вкрай



негативно: сперечалися з ним, кричали на нього і сильно його ляли.

Він – єдина дитина в сім'ї. З дитинства добре розвивався розумово (займався на 4 і 5) і фізично. Пологи тривали 8 годин. Під час пологів пуповина обвилася навколо шиї.

Хронічні захворювання у себе заперечує. Не палить, алкогольні напої вживає у святя в невеликих дозах (2 келихи шампанського або 1 келих вина). Наркотики ніколи не вживав. У 4 класі за медичними показаннями (фімоз) мала місце циркумпісія (обрізання).

**Об'єктивно.** Зріст 175 см, маса тіла 56 кг. Оволосіння на лобку без доріжки до пупка. Волосся на грудях, животі та спині немає. Середня кількість волосся на руках, на ногах волосся багато. Член 14-15 см у стані ерекції, поза ерекцією – 5 см. Яєчка нормальних розмірів. Пігментація і складчастість мошонки нормальна.

**Заключення:** гомосексуалізм.

**Корекція.** Було прийнято рішення про проведення:

1. Когнітивних впливів, спрямованих на формування уявлень про переваги гетеросексуального способу життя.

2. Гіпноугестивної терапії (програмування і моделювання) з включенням когнітивного і поведінкового компонентів. Суть гіпноугестивного програмування полягає в тому, що пацієнту, який перебуває в гіпнотичному стані, робляться навіювання, які програмують нормальний перебіг того чи іншого поведінкового акту, нормальне самопочуття, що унеможливує наявність патологічної симптоматики та обмежувальних форм поведінки. Гіпноугестивне моделювання полягає в моделюванні в гіпнотичному стані нормального здійснення того чи іншого поведінкового акту. В основі його лікувального ефекту лежить уявний позитивний досвід (Kocharyan, 2011, 2013).

3. Сексуально-поведінкового тренінгу (секс-терапії) з використанням мастурбації негомосексуального характеру, яку можна проводити із залученням інтернет-ресурсів (жінки, що мстурбують, лейсбійські сексуальні контакти). Гетеросексуальні сюжети нами не рекомендувалися тому, що в них беруть участь чоловіки, на яких пацієнт може зосереджуватися. Природно, що використання гомосексуальних сюжетів під час мастурбації було категорично заборонено. Виникнення під час мастурбації, пов'язаної з фіксацією на жінках, приємних (хтивих) відчуттів, що супроводжуються сексуальним збудженням і завершуються оргазмом, за поведінковими механізмами, що цілком природно, веде до поступового формування гетеросексуальної орієнтації.

4. Також перед пацієнтом було поставлено завдання формувати ідеал жіночої краси шляхом фіксації уваги на обличчях жіночої статі як у реальному житті, так і в Інтернеті.

**22.11.2022 р. Проведено 1-й сеанс гіпноугестивної терапії.** Здійснювалася наступна сугестія, яка включала 5 структурних компонентів:

1. «Гомосексуальний потяг і стосунки безперспективні. ... Це тупиковий шлях, який веде до самотності, відсутності сім'ї та дітей».

2. Вимовлялося 12 зіставлень слова «гомосексуалізм» з іншими словами, що асоціювалися або з неприємними почуттями, або з неприємними наслідками гомосексуальних стосунків, або з психічними розладами та соматичними проблемами, які спостерігаються у гомосексуалів.

3. Звільнення організму від гомосексуального потягу: «Один. ... Твій організм почав звільнятися від гомосексуального потягу. ... Два. ... Процес звільнення від гомосексуального потягу стає дедалі більш вираженим і протікає дедалі інтенсивніше. ... Три. ... Все більше і більше звільняєшся від гомосексуального потягу. ... Чотири. ... Внутрішній психічний приборальник заходить у найпотемніші ділянки твоєї психіки, твоєї свідомості й підсвідомості, вимітає звідти залишки гомосексуального потягу, збирає їх до купи й викидає з твого організму, звільняючи тебе від цієї небажаної програми. ... П'ять. ... Твій організм звільнився від статевого потягу до осіб чоловічої статі в максимально повній, можливій на сьогоднішній день мірі».

4. Заповнення організму гетеросексуальним потягом: «Один. ... Твій організм почав заповнюватися гетеросексуальним потягом, він заповнює кожну клітинку твого тіла. ... Два. ... Потяг до осіб жіночої статі заповнює кожну твою нервову клітинку. ... Три. ... Потяг до дівчат і жінок заповнює всю твою нервову систему. ... Чотири. ... Гетеросексуальний потяг заповнює кожну одиницю твого психічного простору, твою свідомість і підсвідомість. ... П'ять. ... Твоя психіка, твоя нервова система, весь твій організм заповнилися статевим потягом до осіб протилежної статі».

5. Зміна естетичного та сексуального сприйняття осіб жіночої та чоловічої статі, посилення статевого потягу до дівчат і жінок: «Відтепер особи жіночої статі викликають у тебе інтерес. ... Тобі подобаються їхні гарні обличчя, гарні фігури, приємні голоси. ... Тобі подобається спілкуватися з ними, відчуваєш до них сильний статевий потяг. ... Особи ж чоловічої статі сприймаються тобою лише як друзі, товариші, приятелі, знайомі й незнайомі люди, але як сексуально нейтральні об'єкти. ... Статевий потяг до них повністю відсутній».

Також проводили навіювання (позаструктурні компоненти), спрямовані на заповнення організму спокоєм (на початку сеансу) і програмування гарного настрою (наприкінці сеансу): «Відтепер з моменту пробудження в ранкові години і до моменту засинання у вечірні у тебе гарний, часом піднесений настрій. ... Сприймаєш життя в оптимістичних, рожевих тонах, радієш життю, отримуєш від нього задоволення».

**24.11.2022 р.** Жодних зрушень у плані зменшення гомосексуального потягу не виникло і він виражений на 100%. На першому сеансі гіпнозу під час звільнення від гомосексуального компонента потягу пацієнт відчував легкий опір.

**24.11.2022 р. Проведено 2-й сеанс гіпноугестивної терапії,** який був ідентичний

першому. Під час проведення 2-го сеансу гіпнозу опору при навіюваннях на звільнення від гомосексуального потягу не виникло.

**28.11.2022 р.** Гомосексуальний потяг становить 85%, гетеросексуальний – 15%. Після першої зустрічі зі мною мастурбував 2 рази. Один раз робив це із використанням гетеросексуального порно (ерекція була 90%, сексуальне збудження – 80%, оргазм – 50%). На чоловіка реагував не більше, ніж на жінку, і сприймав порносюжет загалом. Іншим разом мастурбував із використанням порно-сюжета із жінкою, яка мастурбує (ерекція була 70-80%, сексуальне збудження – 60%, оргазм – 40-50%). Щоразу під час мастурбації мала місце еякуляція.

**28.11.2022 р. Проведено 3-й сеанс гіпнозугестивної терапії**, такий самий, як і попередній.

**1.12.2022 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 70%, гетеросексуальний – 30%. За цей час (за 3 дні) мастурбував 2 рази з використанням гетеросексуального порно. При цьому концентрував свою увагу на жінці (лесбійське порно не подобається, а жінки, які мастурбують, не приваблюють). Під час мастурбації під гетеросексуальне порно ерекція була 80%, сексуальне збудження – 60%, оргазм – 50-60%. Щоразу під час мастурбації мало місце сім'явиверження.

Оскільки пацієнт негативно ставиться до порно-сюжетів із жінками, які мастурбують, і лесбійським сексом, то було вирішено дозволити йому використовувати під час мастурбації гетеросексуальні порно-сюжети. Однак додатково до цього було прийнято рішення в гіпнотичному стані навіювати пацієнтові, щоб при цьому він фіксував свою увагу на жінках.

Спеціально красивих жінок і дівчат в Інтернеті не розглядає, але багато часу проводить у ньому та дивиться фільми й передачі за їхньою участю.

**1.12.2022 р. Проведено 4-й сеанс гіпнозугестивної терапії**, такий самий, як і зазвичай, але додатково були проведені навіювання, спрямовані на те, щоб під час мастурбації під гетеросексуальне порно він зосереджувався на жінках.

**4.12.2022 р.** Вираженість гомосексуального лібідо становить 70%, а гетеросексуального – 30%. За час, що минув після 4-го сеансу гіпнозу, не мастурбував. Повідомляє, що корекцію спрямованості статевого потягу здійснює через бажання батьків на 60%, а внаслідок власної мотивації – на 40%. Після 1-го сеансу гіпнозу опору навіюванням, спрямованим на позбавлення від гомосексуального потягу, не було.

**4.12.2022 р. Проведено 5-й сеанс гіпнозугестивної терапії**, такий самий, як і четвертий.

**8.12.22 р.** Гомосексуальний компонент потягу виражений на 60-70%, а гетеросексуальний – на 30-40%. За період після останнього сеансу гіпнозу мастурбував 1 раз із використанням гетеросексуального порно (це було вчора). Статевий потяг був 80%, ерекція – 80%, статево збудження – 60%, оргазм під час еякуляції – 60%. Під час мастурбації сприймав порно-сюжет загалом і не

концентрувався ні на жінці, ні на чоловікові. Оргазм супроводжувався еякуляцією.

Був обстежений з ініціативи батьків на ВІЛ/СНІД та інші захворювання, що передаються статевим шляхом, включно з дослідженням на гепатит. У результаті було діагностовано вторинний сифіліс. Пацієнт дізнався про це за 1 годину до зустрічі зі мною. Я йому сказав, що в цьому є як плюси, так і мінуси: «ВІЛ/СНІД, який не виліковується, у тебе не виявили, а діагностували сифіліс, який виліковують. Це буде суттєвим стимулом до того, щоб не вступати в безпорядні та бездуховні сексуальні стосунки». Останній гомосексуальний контакт у нього був 1,5 міс. тому. Півроку тому були висипання на торсі, але розцінив це як алергію на прийняті ліки.

**8.12.22 р. Проведено 6-й сеанс гіпнозугестивної терапії**, такий самий, як і попередній.

**12.12.2022 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 65%, а гетеросексуальний – 35%. За цей період мастурбував 3 рази з використанням гетеросексуального порно (статевий потяг був 80-90%, ерекція – 70-80%, сексуальне збудження – 70%). Оргазм під час першої мастурбації і третьої був виражений на 60%, під час другої – на 80%. Еякуляція виникала під час кожної мастурбації.

**12.12.22 р. Проведено 7-й сеанс гіпнозугестивної терапії**, такий самий, як і попередній.

**15.12.22 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 55%, а гетеросексуальний – 45%. За час після попереднього сеансу гіпнозу 2 рази мастурбував із використанням гетеросексуального порно (статевий потяг був 80-90%, ерекція – 80-90%, сексуальне збудження – 80%). Оргазм під час першої мастурбації був 70%, а під час другої – 90%. Щоразу під час мастурбації мала місце еякуляція. Пацієнт відмічає, що більше уваги став звертати на дівчат.

**15.12.22 р. Проведено 8-й сеанс гіпнозугестивної терапії**, такий самий, як і попередній, але до цього було додано гіпнозугестивне моделювання статевого акту. До сеансу я запитав, чи є в пацієнта якийсь зразок красивої жінки. Він відповів, що в реальному житті немає, а є в порносюжеті. Саме цей образ і був задіяний під час моделювання статевого акту в гіпнозі (пацієнт бачив, як він його здійснює). При цьому статевий потяг був 90%, ерекція – 100%, статево збудження – 100%.

**19.12.2022 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 45-50%, гетеросексуальний – 50-55%. За час, що минув після останнього сеансу гіпнозу, 1 раз мастурбував із використанням гетеросексуального порно. Під час мастурбації статевий потяг був 85%, ерекція – 90%, сексуальне збудження – 80%, оргазм – 70%. Була еякуляція. Стався маленький зсув: якщо раніше зосереджувався на загальній картині, то цього разу, хоча й зосереджувався на загальній картині, але на жінці зосереджувався трохи більше. Сьогодні почався курс лікування від сифілісу.

**19.12.2022 р. Проведено 9-й сеанс гіпнозугестивної терапії**, який був таким самим, як і попередній, за винятком того, що цього разу я не навіював, що пацієнт буде відчувати під час

гетеросексуальної мастурбації. Під час моделювання статевого акту уявний статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття й оргазм дорівнювали 100%.

**22.12.2022 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 40%, гетеросексуальний – 60%. За час після останнього сеансу гіпнозу 2 рази мастурбував під гетеросексуальне порно. При цьому вираженість фіксації на дівчині становила 65%, а на загальній картині – 35%. Під час першої та другої мастурбації вираженість статевого потягу та ерекції становила 85%, ерекції – 90%, сексуального збудження – 80%. Вираженість оргазму під час першої мастурбації становила 70%, а під час другої – 90%. Щоразу була еякуляція.

**22.12.2022 р. Проведено 10-й сеанс гіпнозу,** такий самий, як і попередній, але цього разу ми також навіювали пацієнтові, що під час мастурбації з використанням гетеросексуальних порносюжетів він фіксуватиме увагу на жінці, і статевий потяг, сексуальне збудження та ерекція будуть сильними, а оргазм під час еякуляції буде сильним і яскравим. Під час моделювання статевого акту уявні статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження і приємні (хтиві) відчуття склали 100%.

**26.12.2022 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 35%, гетеросексуальний – 65%. Після минулого сеансу гіпнозу 1 раз мастурбував із використанням гетеросексуального порно. Вираженість зосередження на жінці становила 70%, а на загальній картині – 30%. Статевий потяг був 90%, ерекція – 90%, статево збудження – 70%, оргазм – 70%. Була еякуляція.

До лікування пацієнт мастурбував із використанням гомосексуальних порно-сюжетів. Тоді статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження були виражені на 100%, а оргазм варіював від 70 до 100%.

**26.12.2022 р. Проведено 11-й сеанс гіпнозугестивної терапії,** такий самий, як і попередній. Під час моделювання статевого акту уявні статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були виражені на 100%.

**29.12.2022 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 30%, гетеросексуальний – 70%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 2 рази. Зосередження на жінці було 80%, а на загальному сюжеті – 20%. Статевий потяг під час мастурбації був 90%, ерекція – 80-90%, сексуальне збудження – 90%, оргазм – 80% (сила і яскравість). Щоразу під час мастурбації була еякуляція.

**29.12.2022 р. Проведено 12-й сеанс гіпнозугестивної терапії,** такий самий, як і попередній. Під час моделювання статевого акту уявні статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були 100%.

**2.01.2023 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 15-20%, гетеросексуальний – 85-80%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 2 рази. Обидва рази зосередження на жінці було 90%, на загальному сюжеті – 10%. Статевий потяг був 90%, ерекція – 90% (і під час першої, і під час другої мастурбації). Сексуальне збудження під час першої

мастурбації становило 60%, а під час другої – 80%. Під час першої мастурбації вираженість оргазму була 50%, під час другої – 80% (сила і яскравість). Обидва рази була еякуляція.

**2.01.2023 р. Проведено 13-й сеанс гіпнозугестивної терапії,** такий самий, як і попередній, але цього разу не навіював того, що пацієнт відчуватиме під час мастурбації з використанням гетеросексуальних сюжетів. Під час моделювання статевого акту уявний статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження і приємні (хтиві) відчуття склали 100%.

**5.01.2023 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 10%, гетеросексуальний – 90%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 2 рази. Щоразу зосередження на жінці було 90%, а на загальному сюжеті – 10%. Обидва рази статевий потяг був 85%, ерекція – 80%, сексуальне збудження – близько 75%. Вираженість оргазму під час першої мастурбації становила 75%, під час другої – 80% (сила і яскравість). Еякуляція була обидва рази.

3.01.2023 р. пацієнт закінчив лікування з приводу сифілісу, яке тривало 3 тижні.

**5.01.2023 р. Проведено 14-й сеанс гіпнозугестивної терапії,** такий самий, як і попередній. Під час моделювання статевого акту уявні статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були виражені на 100%.

**11.01.2023 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 5-7%, гетеросексуальний – 93-95%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 3 рази. Всі рази зосередження на жінці було 90%, на загальний сюжет – 10%. Статевий потяг був виражений на 90% (у всіх 3-х випадках мастурбації), ерекція першого разу була 70%, другого і третього разу – 90%. Сексуальне збудження під час першої мастурбації було 80%, під час другої – 85%, під час третьої – 90%. Оргазм під час першої та другої мастурбації був 60%, під час третьої – 80%. Щоразу мала місце еякуляція.

**11.01.2023 р. Проведено 15-й сеанс гіпнозугестивної терапії,** такий самий, як і попередній, але без вилучення навіювань, спрямованих на програмування тих відчуттів, які він має зазнавати під час мастурбації. При моделюванні статевого акту уявний статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були виражені на 100%.

**16.01.2023 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 5%, гетеросексуальний – 95%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 2 рази. Зосередження на жінці було 85%, на загальному сюжеті – 15% (і під час першої, і під час другої мастурбації). Кожен раз статевий потяг становив 90%. Ерекція в перший і другий раз була 80%. Сексуальне збудження під час першої мастурбації було 70%, під час другої – 80%. Оргазм обидва рази становив 70% і супроводжувався еякуляцією.

**16.01.2023 р. Проведено 16-й сеанс гіпнозугестивної терапії,** такий самий, як і попередній, тобто повний. Під час моделювання статевого акту уявний статевий потяг, ерекція,

сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були 100%.

**19.01.2023 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 3,5%, гетеросексуальний – 96,5%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 3 рази. Зосередження на жінці було 90%, на загальному сюжеті – 10% (усі рази). Статевий потяг становив 100% (у всіх 3-х випадках мастурбації). Ерекція при першій мастурбації була 80%, при другій і третій – 90%. Сексуальне збудження під час першої мастурбації було 70%, під час другої і третьої – 85%. Оргазм у перший раз був 70%, у другий і третій раз – 80%. Щоразу під час мастурбації мала місце еякуляція.

**19.01.2023 р.** Проведено 17-й сеанс гіпноугестивної терапії, такий самий, як і попередній, але я не навіював, що організм наповнюється спокоєм. Під час моделювання статевого акту уявні статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були 100%.

**23.01.2023 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 3,0%, гетеросексуальний – 97%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 2 рази. Обидва рази зосередження на жінці було 90%, на загальному сюжеті – 10%. І під час першої, і під час другої мастурбації статевий потяг був 90%. Ерекція в перший і другий раз була 80%. У перший раз сексуальне збудження було на рівні 80%, у другий – 90%. Оргазм під час першої мастурбації був 70%, під час другої – 90% і супроводжувався еякуляцією.

**23.01.2023 г.** Проведено 18-й сеанс гіпноугестивної терапії, такий самий, як і попередній. При моделюванні статевого акту уявні статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були 100%.

**26.01.2023 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 0%, гетеросексуальний – 100%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 2 рази. Зосередження на жінці під час першої мастурбації дорівнювало 80%, під час другої – 90%. У перший раз зосередження на загальному сюжеті було на рівні 20%, у другий – на рівні 10%. Обидва рази статевий потяг під час мастурбації становив 90%.

Ерекція перший і другий була 80%. Сексуальна збудливість в перший раз була 75%, у другий раз – 80%. Оргазм в перший раз був 80%, у другий раз – 90% і супроводжувався еякуляцією.

**26.01.2023 р.** Проведено 19-й сеанс гіпноугестивної терапії, такий самий, як і попередній, за винятком того, що не програмувався гарний настрій. Під час моделювання статевого акту уявні статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були 100%.

**30.01.2023 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 0%, гетеросексуальний – 100%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 2 рази. Зосередження на жінці обидва рази було 90%, а на загальному сюжеті – 10%. Обидва рази статевий потяг під час мастурбації був 90%, ерекція – 80%. Сексуальне збудження в перший раз було 80%, у другий раз – 90%. Оргазм в перший раз був 70%, у другий раз – 85%. Еякуляція наступала під час кожної мастурбації.

**30.01.2023 р.** Проведено 20-й сеанс гіпноугестивної терапії, такий самий, як і попередній. Під час моделювання статевого акту уявні статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були 100%.

**2.02.2023 р.** Гомосексуальний компонент лібідо становить 0%, гетеросексуальний – 100%. Мастурбував із використанням гетеросексуального порно 1 раз. Зосередження на жінці було 90%, на загальному сюжеті – 10%. Статевий потяг під час мастурбації становив 90%, ерекція – 80%, сексуальне збудження – 80%, оргазм – 90%. Настала еякуляція.

**2.02.2023 р.** Проведено 21-й сеанс гіпноугестивної терапії, такий самий, як і попередній, але цього разу проводили також навіювання, що програмують гарний настрій. Під час моделювання статевого акту уявні статевий потяг, ерекція, сексуальне збудження, приємні (хтиві) відчуття були 100%.

Зміни вираженості гомосексуального і гетеросексуального компонентів лібідо, що відбулися в процесі терапії, наведено в таблиці.

**Таблиця.** Динаміка вираженості гомосексуального і гетеросексуального компонентів лібідо в процесі терапії/ Dynamics of expression of homosexual and heterosexual components of libido in the course of therapy

	Гомосексуальний компонент лібідо (%)	Гетеросексуальний компонент лібідо (%)
До початку лікування	100	0
Після 1-го сеансу гіпноугестивної терапії	100	0
Після 2-го сеансу гіпноугестивної терапії	85	15
Після 3-го сеансу гіпноугестивної терапії	70	30
Після 4-го сеансу гіпноугестивної терапії	70	30
Після 5-го сеансу гіпноугестивної терапії	60-70	30-40
Після 6-го сеансу гіпноугестивної терапії	65	35
Після 7-го сеансу гіпноугестивної терапії	55	45
Після 8-го сеансу гіпноугестивної терапії	45-50	50-55
Після 9-го сеансу гіпноугестивної терапії	40	60
Після 10-го сеансу гіпноугестивної терапії	35	65
Після 11-го сеансу гіпноугестивної терапії	30	70
Після 12-го сеансу гіпноугестивної терапії	15-20	80-85
Після 13-го сеансу гіпноугестивної терапії	10	90
Після 14-го сеансу гіпноугестивної терапії	5-7	93-95
Після 15-го сеансу гіпноугестивної терапії	5	95

	Гомосексуальний компонент лібідо (%)	Гетеросексуальний компонент лібідо (%)
Після 16-го сеансу гіпноугестивної терапії	3,5	96,5
Після 17-го сеансу гіпноугестивної терапії	3	97
Після 18-го сеансу гіпноугестивної терапії	0	100
Після 19-го сеансу гіпноугестивної терапії	0	100
Після 20-го сеансу гіпноугестивної терапії	0	100

**Катамнез.** Я зателефонував пацієнтові **06.06.2023 р.**, тобто через 4 місяці після закінчення лікування. Під час опитування він повідомив, що гомосексуальний компонент лібідо становить 0%, гетеросексуальний – 100%. Залишилися маркери сифілісу (аналіз робив 2 тижні тому), але їх уже менше. Статевих контактів не було. Мастурбує через день по 1 разу з використанням гетеросексуальних сюжетів. При цьому більшою мірою фіксується не на загальній сцені, а на жінці. Під час мастурбації статевий потяг, статеве збудження, ерекція, приємні (хтиві) відчуття, оргазм (за силою і яскравістю) дорівнюють 100%. Щоразу під час мастурбації має місце еякуляція. Зараз стосунки з батьками хороші. Вони протягом кількох місяців не блокують його можливість виходу в соціальні мережі. Раніше вони вдавалися до цього після того, як дізналися про його сексуальну орієнтацію.

#### Список використаних джерел/References

- Diamond, Lisa M.; Rosky, Clifford J. (2016). Scrutinizing Immutability: Research on Sexual Orientation and U.S. Legal Advocacy for Sexual Minorities. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 363–391. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1139665>
- Ellis A. (1959). A homosexual treated with rational psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 15(3), 338-343.
- Kocharyan, G. S. (2020). Bisexuality: general data and clinical observation. *Health of Man*, 2(73), 71–80.
- Kocharyan, G. S. (2020). Conversion Therapy. Pros and Cons. Discussion. *Health of Man*, Issue 1(72), 43–49. <https://doi.org/10.30841/2307-5090.1.2020.205360>
- Kocharyan, G. S. (2016). Hypnotic suggestion for the conversion of homosexual libido component: case report. *Health of Man*, 2(57), 84–88.
- Kocharyan, G. S. (2016). Experience in the use of hypnosuggestion in the conversion of the homosexual component of libido. *Psychological counseling and psychotherapy*, 2(6), 39–55.
- Kocharyan, Garnik S. (2022) Correction of Homosexual Desire in a Male Adolescent. A Case from Clinical Practice. *Addiction Research and Adolescent Behaviour*, 5(4), <https://doi.org/10.31579/2688-7517/053>
- Kocharyan, G. (2021). Hypnosuggestion in Correction of Homosexual Desire: A Case from Clinical Practice. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 16, 45–52. <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2021-16-07>
- Kocharyan, G. S. (2022). Conversion Therapy. Reflections on the Topic. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (18), 34–39. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2022-18-05>
- Kocharyan, G. S. (2011). Hypnosuggestive therapy (lecture). *Health of Man*, Issue 3(38), 42–50.
- Kocharyan, G. S. (2013) Hypnosuggestive therapy in sexological practice: models of interventions. *Health of Man*, Issue 2(45), 84–91.
- Lysov, V. G. (2019). Information and analytical report. Rhetoric of the homosexual movement in the light of scientific facts. Krasnoyarsk: Nauchnyy i innovatsionnyy tsentr, 750 p. <https://doi.org/10.12731/978-5-907208-04-9>
- Nicolosi, J.; Byrd, A. D.; Potts, R. W. (2000). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: a consumer survey of conversion therapy clients. *Psychol. Rep.*, 86 (3 Pt 2), 1071–1088.
- Spitzer, R. L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32 (5), 403–417.
- Sullins, D. P.; Rosik, C. H.; Santero, P. (2021) Efficacy and risk of sexual orientation change efforts: a retrospective analysis of 125 exposed men, F1000Research. 10., <https://doi.org/10.12688/f1000research.51209>

#### HYPNOSUGGESTIVE THERAPY AND SEXUAL-BEHAVIORAL TRAINING IN THE CORRECTION OF HOMOSEXUALITY. A CASE FROM CLINICAL PRACTICE

Garnik S. Kocharyan

Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education of Kharkiv National Medical University, Science Avenue, 4, Kharkiv, 61022, Ukraine

Patient V., 16 years old, studies in the 10th grade of high school. He consulted me in order to correct his homosexual desire on the initiative of his parents who, unlike him, regarded his sexual orientation as pathology. Under their strong psychological pressure, he agreed on conversion therapy, since it, in his opinion, would not deteriorate him but would be better for his parents. On the moment of his visit the heterosexual component of sexual desire was entirely absent. His platonic (romantic) libido to girls was awakened at the age of 8-9, and the erotic one at the age of 10. His erotic desire to males was awakened at the age of 12-13, and the sexual desire a year later. At the age of 13 he arrived at the conclusion that he was a gay. When the patient was 14, he liked his classmate of the same age, whom he did not confess in it. They had companionship and “friendship”. He interacted with that boy during 1-1.5 years. At the age of 15 he had his first homosexual contact with a 36-year-old male. The patient had more than 20 sexual contacts with men aged 17-36. Any manifestations of gender incongruence had never been observed. His andrological status have no pathology. The provided correction was as follows: 1. Cognitive influences targeted at formation of the patient’s beliefs about advantages of the heterosexual lifestyle. 2. Hypnosuggestive correction. Programming was targeted at suggestion of futility of the homosexual lifestyle, removal of the homosexual desire and saturation with the heterosexual one, formation of associations between homosexuality and unpleasant sensations and landscapes, negative social consequences of homosexual relations, mental disorders and somatic problems observed in

homosexuals. Hypnotic suggestions were also carried out aimed at changing the aesthetic and sexual perception of female and male persons, increasing sexual attraction to girls and women. A normal course of heterosexual masturbation was programmed. Besides, we performed modelling of the normal course of sexual intercourses with persons of the female sex in the hypnotic state. 3 Sexual-behavioural training (sex therapy) using masturbation of the heterosexual character with involvement of porn resources from Internet. Naturally, any use of homosexual plots during masturbation was strictly prohibited. 4. Also the patient was charged with a task to form an ideal of female beauty by focusing his attention on persons of the female sex both in the real life and in Internet. Twenty-one sessions of hypnosuggestive corrections were conducted. In the process of the provided therapy the homosexual component of libido was decreasing, while the heterosexual one was increasing. After the 18<sup>th</sup> session of hypnosis the heterosexual desire was expressed by 100% and the homosexual one by 0%. Then 3 more sessions of hypnosis were conducted in order to secure the achieved results. An inquiry of the patient 4 months later after the performed correction demonstrated their stability.

**Keywords:** *male adolescent, homosexuality, conversion therapy, cognitive influences, hypnosuggestive correction, sexual-behavioral training.*

The article was received by the editors 9.08.2023 (Стаття надійшла до редакції 9.08.2023)

The article is recommended for printing 18.11.2023 (Стаття рекомендована до друку 18.11.2023)

---

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ ДЛЯ ЗБІРНИКА

### «Психологічне консультування і психотерапія»

Відповідно до постанови Президії ВАК України №7-05/1 від 15 січня 2003 р. «Про підвищення вимог до фахових видань. Внесених до переліків ВАК України» при підготовці статей до фахового збірника слід дотримуватися таких вимог:

- постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями;
- аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, на які спирається автор;
- виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
- формування цілей статті (постановка завдання);
- виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
- висновки з цього дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямі;
- список використаних джерел у транслітерації (література оформляється відповідно до вимог ДАК МОН України

До редакції подаються паперова та електронна версії статті. Обсяг статті – 8–12 сторінок.

Електронна версія подається до редакції у форматі \*.doc, яку необхідно надіслати на адресу: [csrjournal@karazin.ua](mailto:csrjournal@karazin.ua).

Шрифт Times New Roman, 11 кегль, через 1,2 інтервали.

Поля: зверху – 2,5 см; знизу – 2 см; ліворуч – 2 см; праворуч – 2 см. Папір – А4. Шрифт Times New Roman, 11 кегль, через 1,2 інтервали. Кольори на зображеннях повинні розрізнятися при чорно-білому друку. Усі малюнки мають бути у форматі jpg.

Перед статтею подаються: ORCID усіх авторів статті, УДК, назва статті, прізвище та ініціали – українською та англійською мовами; анотації та ключові слова – російською, українською та англійською мовами. Викладення матеріалу в анотації повинно бути стислим і точним (від 1800 знаків і більше). Належить використовувати синтаксичні конструкції, притаманні мові ділових документів, уникати складних граматичних зворотів, необхідно використовувати стандартизовану термінологію, уникати маловідомих термінів та символів. Використовувати для перекладу комп'ютерні програми заборонено. Список літератури подається у двох стандартах ДСТУ та АРА (Американської психологічної асоціації): <https://guides.lib.monash.edu/citing-referencing/apa>.

Для назв з використання кирилических символів застосовуються наступні правила: прізвища авторів подаються латиницею, назва статті (книги, доповіді і т.п.) – мовою оригіналу, та у квадратних дужках надається переклад англійською мовою. Назва видавництва подається у транслітерації (якщо немає англійського варіанту назви), назва міста розташування видавництва – повністю без скорочень. Наприкінці у круглих дужках зазначається мова видання.

Наприклад:

1. Yung, K.G. (1991). *Архетипы и символы [Archetypes and Symbols]*. Moscow: Renaissance. (in Russian)
2. Bondarenko, A.F. (2014). *Этический персонализм. Методическое пособие по психологическому консультированию, сообразному русской культуре. [Ethical personalism. Methodological manual on psychological counseling, in accordance with Russian culture]*. Kyiv: Alfa Reclama. (in Russian)
3. Bulan, A.A. (2015). Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій [Psychoemotional states of combatants in combat situations], *Aktualni problemi sotsiologiyi, psihologiyi, pedagogiki*, 4(29), 9-12. (in Ukrainian)

**Наукове видання**

**Психологічне консультування  
і психотерапія**  
Випуск 20

**Збірник наукових праць**

**англійською та українською мовами**

Відповідальний за випуск Барінова Н. В.  
Комп'ютерне верстання Гірник С. А.

Підписано до друку 27.11.2023. Формат 60×84/8.  
Папір офсетний. Друк цифровий.  
Ум. друк. арк. 2,3. Обл.-вид. арк. 2,9  
Тираж 50 пр. Зам. . Ціна договірна

Видавець і виготовлювач  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
61022, Харків, майдан Свободи, 4  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.09

Видавництво Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
тел. +380-057-705-24-32