



На шляху до уніфікованої психотерапії у 21 столітті: зміни парадигм, освітні реформи та глобальні виклики у німецькомовному світі та за його межами

Сальваторе Джакомуцці*

Доктор психологічних наук, доцент
Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка
36000, вул. Остроградського, 2, Полтава, Україна
<https://orcid.org/0000-0002-4218-1685>

Маркус Ертл

Магістр
Департамент соціальної роботи з дітьми та молоддю
6020, вул. Інженера Етцеля, 5, Інсбрук, Австрія
<https://orcid.org/0000-0002-6408-5045>

Ліза Кнолл

Магістр, незалежний дослідник
Відень, Австрія
<https://orcid.org/0009-0006-4626-3860>

♦ **Анотація.** У контексті глибоких глобальних криз та змін у сфері охорони здоров'я психотерапія переживає критичну трансформацію, що дедалі більше вимагає інтегрованих і науково обґрунтованих систем професійної підготовки. Метою цієї статті було проаналізувати парадигмальні зміни на користь уніфікованої психотерапії, розглядаючи освітні реформи у німецькомовних країнах як центральний кейс у ширшому міжнародному контексті. Дослідження ґрунтувалося на комплексному аналізі наукової літератури, політичних документів та міжнародних рамок компетенцій. Шляхом аналізу наукових джерел і нормативних документів було розглянуто освітні реформи у Німеччині та Австрії, які відображали перехід від фрагментованого, орієнтованого на окремі модальності навчання до університетських інтегративних програм, спрямованих на розвиток міжмодальних компетенцій, емпіричної грамотності та відкладеної спеціалізації. Теоретичні основи цього руху були описані через дослідження спільних факторів, таких як терапевтичний альянс, емпатія та активація ресурсів, які є критично важливими для успіху психотерапії понад техніко-специфічні ефекти. Крім того, було проаналізовано міжнародний політичний ландшафт, з порівняльними прикладами з Великої Британії, Норвегії та України, що демонструють адаптивність різних стратегій інтеграції, водночас виділено ключові виклики, такі як впровадження систем супервізії на основі штучного інтелекту та складний діагностичний перехід до димензійної моделі ICD-11. Нарешті, потенційні переваги уніфікації, включаючи посилення професійної ідентичності, підвищення мобільності фахівців через кордони та покращення контролю якості, були зіставлені з істотними ризиками, такими як теоретичне розмивання, конфлікти ідентичності та недостатнє фінансування впровадження. Результати цього аналізу можуть бути використані політиками, освітніми закладами та професійними асоціаціями для стратегічного розвитку науково обґрунтованих, міжнародно узгоджених та етично обґрунтованих навчальних програм підготовки психотерапевтів.

♦ **Ключові слова:** інтеграція психотерапії; ICD-11; штучний інтелект; інтермодальні компетенції; доказова практика

Приклад цитування:

Giacomuzzi, S., Ertl, M., & Knoll L. (2025). Towards a unified psychotherapy in the 21st century: Paradigm shifts, educational reforms, and global challenges in the German-speaking world and beyond. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*, 20(6), 13-28. doi: 10.33099/2617-6858-25-20-6-13-28.

Історія статті: Отримано: 27.05.2025; Доопрацьовано: 30.10.2025; Прийнято: 27.11.2025



Copyright © The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

*Автор-кореспондент

♦ Вступ

Психотерапія 21 ст. опинилася на складному та визначальному етапі свого розвитку, зумовленому одночасним впливом глибоких глобальних криз, стрімких змін у сфері охорони здоров'я, трансформації уявлень про професійну ідентичність та значних наукових досягнень у розумінні психічного здоров'я та його детермінант. Світ переживає період, позначений низкою взаємопов'язаних потрясінь: тривалою соціально-політичною нестабільністю та поляризацією, повторюваними економічними спадами, стійкими наслідками пандемії COVID-19 для громадського здоров'я та соціальної сфери, затяжними збройними конфліктами, зокрема триваючою війною в Україні, постійними потоками вимушеного переміщення та масштабної міграції, а також зростаючими загрозами, пов'язаними з глобальною кліматичною кризою. Як зазначали К. Trost *et al.* (2024), ці фактори не лише дестабілізують спільноти, а й переосмислюють самі параметри, у межах яких розглядаються, пріоритезуються та вирішуються питання психічного здоров'я. Внаслідок цього психічне здоров'я перестало сприйматися як спеціалізована, часто маргінальна галузь охорони здоров'я й стало визнаватися одним із ключових стовпів розвитку людини та стійкості суспільства. Визнано значний та багатовимірний вплив психотерапії, включно із покращенням показників охорони здоров'я, підвищенням продуктивності праці, зміцненням соціальної згуртованості через емпатію та взаємну довіру, а також посиленням демократичної стабільності завдяки активним і психологічно здоровим громадянам. Звіти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) підкреслили, що інвестиції в психічне здоров'я забезпечують значні соціальні та економічні вигоди, пов'язуючи психологічне благополуччя з сталим розвитком та суспільною стійкістю (ВООЗ, 2025a; 2025b). Міжнародні органи управління, такі як Організація економічного співробітництва та розвитку та Організація Об'єднаних Націй, чітко пов'язують психічне здоров'я населення з досягненням цілей сталого розвитку, наголошуючи, що інвестиції в психічне здоров'я забезпечують широкі соціальні та економічні вигоди (OECD, 2021; Neymann & Sprague, 2023).

За даними S. Siddiqui *et al.* (2022), психотерапія дедалі частіше розглядається не лише як клінічне втручання для індивідуального страждання, а як стратегічний інструмент громадського здоров'я, здатний задовольняти широкий спектр психологічних та психосоціальних потреб. Тепер сфера психотерапії охоплює не лише лікування тяжких психіатричних розладів, а й підтримку психологічної адаптації в умовах суспільних потрясінь, хронічних стресорів та глобальних криз. Розширення фокусу потребує відповідних змін у професійній підготовці, моделях надання послуг та епістемологічних рамках, що керують психотерапевтичною практикою. У різних країнах ця трансформація паралельна еволюції систем сертифікації психологів, що ґрунтуються на професійних стандартах практики психології. Як

зауважила О. Voloshyna (2024), найрозвиненіші моделі, впроваджені у Сполучених Штатах Америки (США), Канаді та Великій Британії, демонструють, що комплексне регулювання потребує не лише стандартизованих процедур сертифікації, а й єдиних вимог до практики та етичних рамок. Спираючись на ці міжнародні напрацювання, німецькомовний простір, що включає Австрію, Німеччину та Швейцарію, пропонує інструктивний приклад того, як психотерапія може бути структурно та концептуально інтегрована в послідовну, адаптивну та доказово обґрунтовану професійну систему. Історична різноманітність терапевтичних шкіл у регіоні, давнє законодавче визнання психотерапії як професії охорони здоров'я та потужні академічні традиції створюють як можливості, так і виклики для подальшої реформи (Humer *et al.*, 2020). Серед політиків, освітян, дослідників та професійних асоціацій сформувався дедалі ширший консенсус щодо переходу до інтегративної та уніфікованої психотерапії. Ця модель наголошує на функціональній адаптивності, систематичному використанні спільних терапевтичних чинників та гнучкості клінічних рішень на основі емпіричних даних, а не суворого дотримання однієї теоретичної орієнтації. Важливо, що ця трансформація не обмежується лише законодавчими текстами чи міністерськими документами. Відповідно до S.M. Hingley (2020), вона проявляється у професійному дискурсі, освітніх реформах, теоретичній інтеграції та формуванні нових компетенцій для практиків. Динаміка уніфікації відображає ширші тенденції у сфері охорони здоров'я, що стосуються міждисциплінарного синтезу, орієнтованого на результат навчання та масштабування ефективних втручань. У німецькомовних країнах головним викликом і водночас можливістю було перенесення цього політичного та академічного консенсусу у професійну практику, здатну задовольнити складні потреби психічного здоров'я в дедалі взаємопов'язаному та кризовому світі. Відповідно, метою цієї статті було проаналізувати, як психотерапія повинна еволюціонувати концептуально, інституційно та епістемологічно, щоб залишатися здатною реагувати на зміни у потребах психічного здоров'я у глобальному контексті, позначеному нестабільністю та взаємозалежністю. Дослідження застосовувало комплекс загальнонаукових методів, спрямованих на систематизацію та узагальнення змін у сфері психотерапії. Зокрема, метод ретроспективного аналізу був використаний для вивчення академічних джерел і практичних матеріалів, що відображають еволюцію підходів у дисципліні. Було проаналізовано законодавчі рамки Австрії та Німеччини, зокрема нормативні документи, що регулюють освітні програми для психотерапевтів. Подальша інтерпретація реформ здійснювалася за допомогою порівняльно-аналітичного методу, що дозволило виявити спільні та відмінні тенденції у розвитку систем освіти психотерапевтів. На завершальному етапі дослідження здійснено систематизацію отриманих результатів і формулювання

прогнозів щодо майбутніх перспектив галузі за допомогою контент-аналізу та елементів прогнозного моделювання з урахуванням сучасного політичного контексту.

◆ Проектна структура майбутніх австрійських навчальних програм з психотерапії

Закон Австрії про психотерапію 1991 р. став вирішальним поворотним моментом у формальному визнанні психотерапії як незалежної професії в сфері охорони здоров'я (Federal Chancellery of Austria, 1991). До його прийняття підготовка та практика психотерапії в Австрії існували в порівняно нерегульованому середовищі, яке здебільшого формувалося приватними асоціаціями та традиціями конкретних модальностей. Закон запровадив обов'язкові правові рамки, які визначали психотерапію, кодифікували права та обов'язки практиків і встановили список психотерапевтів – офіційний національний реєстр, який веде Федеральне міністерство соціальних справ, охорони здоров'я, догляду та захисту прав споживачів (EAP, 2017). Він інституціоналізував психотерапію як регульовану медичну послугу нарівні з медициною, психологією та іншими суміжними професіями. Однією з характерних рис Закону 1991 р. була його модель підготовки, яка делегувала освітню компетенцію приватним інститутам, специфічним для кожної школи, кожен з яких акредитувався для викладання однієї психотерапевтичної модальності. Така організація зберегла сильну традицію теоретичного плюралізму в Австрії, дозволяючи школам глибинної психології, поведінкової, системної, гуманістично-експериментальної та інтегративної орієнтації підтримувати власні епістемологічні ідентичності та захищати свої клінічні методології (Federal Chancellery of Austria, 1991). До 2024 р. цей підхід створив мозаїку з 23 офіційно визнаних психотерапевтичних методів, що відображали широкий спектр парадигм і міжнародних впливів. Хоча цей плюралізм забезпечував методологічне багатство, він також мав непередбачені структурні наслідки. Як зазначали G. Schmid *et al.* (2025), оскільки підготовка здебільшого організовувалася у межах окремих терапевтичних модальностей, стажери переважно формували професійну ідентичність зі своїми школами, а не з психотерапією як єдиною дисципліною. Ця модально-специфічна форма професійної соціалізації обмежувала міжпарадигматичний обмін і заважала формуванню спільної професійної ідентичності. Крім того, дворівнева структура, що складалася з загальної базової підготовки, а потім просунутого навчання в межах конкретної модальності, часто створювала логістичні та фінансові бар'єри. Вступ на просунутий етап вимагав завершення базової підготовки, що відтерміновувало практичне клінічне навчання та накладало значні витрати (Legal framework of psychotherapy training in Austria, n.d.). Децентралізована, інститутська модель також означала, що стандарти інтеграції досліджень, академічної строгості та оцінки компетенцій значно відрізнялися між провайдерами.

На цьому тлі реформа Закону про психотерапію 2023/24 р. представляла всебічну законодавчу перебудову, яка безпосередньо усувала структурні обмеження попередньої моделі, інтегруючи освіту психотерапевтів у державну університетську систему та узгоджуючи її з Болонським процесом (Parliament of Austria, 2024). Згідно з Законом про психотерапію № 49/2024, попередню дворівневу послідовність базової підготовки та просунутого навчання в межах конкретної модальності було замінено на структуру бакалаврат-магістратура, сумісну з Болонським процесом, що реалізується акредитованими університетами, створюючи таким чином послідовний, академічно обґрунтований шлях від початкового вступу до ліцензування (Federal Chancellery of Austria, 2024). Основні цілі реформи полягали у збереженні австрійської традиції теоретичного різноманіття при встановленні спільної загальної бази для всіх студентів; розвитку єдиної професійної ідентичності через міжмодальне навчання; інтеграції емпіричної грамотності та оцінки результатів у навчальну програму з самого початку; та забезпеченні повної сумісності з директивами Європейського Союзу (ЄС) щодо визнання професійних кваліфікацій. Майбутні навчальні програми були спроектовані як комплексні, доказово обґрунтовані та міжнародно порівнянні. Нова дворівнева структура замінила колишню інститутську модель базової та просунутої модальності академічно стандартизованим шляхом. Вона прагнула збалансувати теоретичне різноманіття з уніфікованими професійними компетенціями, інтегрувати наукові дослідження з початку навчання та узгодити австрійську освіту психотерапевтів із стандартами ЄС та Болонського процесу. Завдяки відповідності європейським і міжнародним стандартам реформований австрійський шлях підготовки забезпечує, що випускники відповідатимуть або перевищуватимуть 3 200-3 500 загальних годин навчання, необхідних для міжнародного визнання. Очікувані результати реформи включають більшу методологічну гнучкість, покращену інтеграцію наукових досліджень і клінічної практики, посилену спільну професійну ідентичність та підвищену прозорість ліцензування як для внутрішніх, так і для міжнародних зацікавлених сторін (Federal Chancellery of Austria, 2024). Коротко кажучи, Австрія переходить від історично фрагментованої, інститутської системи підготовки до централізованої, академічно інтегрованої та міжнародно гармонізованої системи освіти – системи, яка прагне поєднати збереження теоретичного різноманіття з формуванням єдиної, доказово обґрунтованої професії (Таблиця 1). Бакалаврський ступінь з психотерапії (6 семестрів, 180 ECTS) забезпечує широкі базові компетенції, що охоплюють усі визнані терапевтичні школи. З першого семестру студенти знайомляться з чотирма основними парадигмами – психодинамічною, когнітивно- поведінковою, гуманістично-експериментальною та системною – сімейною терапією. Поряд із цими специфічними для кожної школи компонентами,

проводиться явне просування теоретичного плюралізму, заснованого на емпіричних доказах та критичній порівняльній оцінці. Навчальна програма включає базові модулі з загальної та клінічної психології, медичних основ, психопатології відповідно до ICD-11 та DSM-5-TR, психології розвитку протягом життєвого циклу, навичок терапевтичної комунікації та самопізнання. Однією з основних цілей є раннє залучення студентів до наукової роботи: статистика, методологія досліджень, оцінка доказів та основи досліджень у сфері охорони здоров'я інтегровані з першого року. Починаючи з другого року, практична складова прогресивно збільшується. Через навчальні лабораторії, симульовані зустрічі з пацієнтами та структуроване спостереження практики у клінічних і соціально-психологічних установах студенти набувають необхідних навичок у формулюванні діагнозів, плануванні лікування та здійсненні втручань. Паралельно просунуті модулі

охоплюють психотерапію, чутливу до культурних та міграційних аспектів, пропаганду здоров'я, профілактику та етичне прийняття рішень. Магістерська програма з психотерапії (4 семестри, 120 ECTS) базується на цій широкій основі для розвитку просунутої клінічної експертизи. У перших двох семестрах робиться глибокий акцент на комплексних розладах, коморбідних проявленнях та трансдіагностичних підходах до лікування. Спеціалізаційний трек методів дозволяє цілеспрямовано зосередитися на одній або кількох терапевтичних школах, хоча вибір не є виключним, інтегративні модулі залишаються обов'язковими. Важливо, що програма інтегрує теорію, практику та дослідження: студенти проходять щонайменше 600 годин підконтрольної клінічної практики, виконують магістерську роботу з емпіричним або прикладним практичним фокусом і документують свій професійний розвиток у портфоліо, орієнтованому на компетенції.

Таблиця 1. Характеристики австрійської освітньої реформи в галузі підготовки психотерапевтів

Аспект	Бакалаврська програма (180 ECTS/6 семестрів)	Магістерська програма (120 ECTS/4 семестри)
Основний фокус	Загальна професійна підготовка	Висока клінічна компетентність та структурована спеціалізація
Тривалість та кредити	180 ECTS протягом шести семестрів	120 ECTS протягом чотирьох семестрів
Основний зміст	Психологія, нейробиологія, процеси розвитку та психопатологія (відповідно до МКХ-11 та DSM-5-TR)	Доказові інтервенції в різних модальностях; формулювання випадків з використанням трандіагностичних та модальностеспецифічних підходів
Знайомство з терапевтичними школами	Різні терапевтичні школи без ранньої спеціалізації для сприяння відкритості та інтегративному мисленню	Спеціалізація в психодинамічних, когнітивно-поведінкових, системних, гуманістичних або інтегративних методах після першого року навчання
Навчання дослідницької роботи	Навички проведення досліджень за допомогою кількісних та якісних методів	Оригінальна клінічно-дослідницька дисертація, що поєднує емпіричні дані та рефлексивну практику
Практичні компоненти	Базові навички в галузі комунікації, консультування та етичного мислення, включаючи правові рамки, такі як дотримання Загального регламенту про захист даних	Широка клінічна практика під наглядом від 600 до 1000 годин в акредитованих закладах
Міждисциплінарні елементи	Не вказано, крім базового ознайомлення	Модулі міжпрофесійної співпраці з психіатрією, соціальною роботою та суміжними медичними дисциплінами
Оцінювання	Інтегрований дослідницький проект (теоретична або емпірична дисертація)	Клінічно-дослідницька дисертація, моніторинг результатів та лікування на основі зворотного зв'язку
Загальна мета	Широке розуміння психології та суміжних наук; сприяння відкритості та інтегративному мисленню	Розвиток передових професійних знань із збереженням основних компетенцій, спільних для всієї професії

Примітка: ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System

Джерело: розроблено авторами на основі Federal Chancellery of Austria (2024), Parliament of Austria (2024)

Основні компетенції випускників охоплюють комплекс професійних, клінічних та рефлексивних навичок. Від випускників очікується демонстрація професійної майстерності у діагностиці відповідно до ICD-11 та DSM-5-TR та у розробці тонких, індивідуалізованих клінічних формулювань. Вони повинні бути здатні встановлювати та підтримувати міцні терапевтичні альянси, чутливо враховуючи індивідуальні відмінності, а також культурні та соціальні контексти. У клінічній практиці вони застосовують знання про терапевтичні процеси та спільні чинники для вибору, впровадження та адаптації втручань. Компетентний моніторинг результатів та документування, що відповідає стандартам якості, є невід'ємною частиною їхніх професійних обов'язків. Крім того, очікується, що випускники постійно інтегруватимуть нові наукові докази

у свою практику, сприяючи прагненню до безперервного навчання та професійного розвитку. Розроблена з міжнародною орієнтацією, навчальна програма пропонує можливості обміну та стажування через Erasmus + та двосторонні угоди з університетами в ЄС, Канаді та Австралії, сприяючи не лише технічній майстерності, а й міжкультурній компетентності випускників (Federal Chancellery of Austria, 2024). Ця реформа позиціонує психотерапію в Австрії як університетську, орієнтовану на дослідження та повністю професійну освіту. Навчальна програма структурована так, щоб поєднувати теоретичну глибину з методологічною відкритістю, поєднувати емпіричні дослідження та клінічну практику та забезпечувати мобільність на європейському ринку праці. Акцент зміщується від розмежування за школами до спільної професійної ідентичності, заснованої

на загальних компетенціях і доказово обґрунтованих стандартах. Закон Німеччини про психотерапевтів 1999 р. став визначним законодавчим кроком у статутному визнанні психотерапії як регульованої професії охорони здоров'я (Psychotherapists Act, 1999). До його прийняття психотерапевтичні послуги в Німеччині надавалися через різноманітні професійні шляхи, часто лікарями, психологами та соціальними працівниками з додатковою психотерапевтичною підготовкою, але без єдиного юридичного статусу чи централізованих рамок ліцензування (EAP, n.d.). Закон про психотерапевтів створив уперше дві окремі професійні категорії: психологічних психотерапевтів та психотерапевтів для дітей і підлітків. Ця реформа надала обом групам незалежне ліцензування та юридичне право надання психотерапії в межах системи обов'язкового медичного

страхування, інституціоналізуючи психотерапію як автономну професію в системі охорони здоров'я Німеччини (Melcor *et al.*, 2019). Центральною та суперечливою рисою Закону про психотерапевтів 1999 р. було обмеження відшкодовуваних модальностей у системі обов'язкового медичного страхування трьома «керівними процедурами»: поведінковою терапією, психодинамічною терапією та психоаналізом. Цей вибір базувався на наукових доказах, доступних на той час, оцінених Федеральним спільним комітетом, найвищим органом ухвалення рішень у системі спільного самоврядування охорони здоров'я в Німеччині. Хоча це рішення відображало тодішню доказову базу і прагнуло забезпечити контроль якості, воно мало далекосяжні структурні наслідки. Таблиця 2 показала структурні компоненти та особливості Закону.

Таблиця 2. Структурні наслідки Закону про психотерапевтів 1999 р.

Наслідки	Опис
Виключення інших підходів	Виключення інших науково обґрунтованих підходів із системи державного відшкодування витрат, що фактично призвело до їх маргіналізації в рамках основного надання послуг
Затримка визнання системної терапії	Системна терапія, попри міцну міжнародну доказову базу та визнаний статус у багатьох країнах, до 2020 р. не входила до переліку офіційно регламентованих державою методів психотерапії в Німеччині (Richtlinienverfahren), що спричинило понад двадцятирічну затримку її офіційного визнання
Маргіналізація інтегративних та гуманістичних моделей	Нові інтегративні та процесорієнтовані моделі, а також гуманістичні підходи були віднесені до сфери приватної практики, доступної лише тим, хто може самостійно фінансувати лікування

Джерело: розроблено авторами на основі Psychotherapists Act (1999)

Регуляторна структура, встановлена Законом про психотерапевтів 1999 р., закріпила вибіркоче визнання терапевтичних підходів, обмежуючи методологічне різноманіття в межах державного фінансованого догляду. Це призвело до тривалої маргіналізації системних, інтегративних та гуманістичних моделей, незважаючи на їхнє міжнародне наукове підтвердження. Обмеження модальностей мало подвійний вплив. Воно вплинуло на надання послуг, обмеживши терапевтичний вибір для клієнтів у системі обов'язкового медичного страхування, а також вплинуло на академічну та професійну підготовку, структуруючи університетські навчальні плани та аспірантські програми переважно навколо трьох відшкодовуваних модальностей. Відповідно, студенти та стажери, які прагнули будувати кар'єру в межах державної системи охорони здоров'я, були заохочені, якщо не зобов'язані, спеціалізуватися в одній із керівних процедур, що підтримувало професійну ідентичність, орієнтовану на модальності, та стримувало міжшкільну інтеграцію. Більш того, жорстка структура відшкодування створила дворівневий ринок психотерапії: з одного боку, державно відшкодовувану допомогу, здебільшого обмежену поведінковими та психодинамічно/психоаналітичними методами; з іншого боку, приватне фінансування, яке пропонувало ширший спектр науково обґрунтованих підходів. Це сегментування посилювало структурну нерівність у доступі, оскільки клієнти з нижчими соціально-економічними ресурсами частіше отримували лікування в межах

модальностей, схвалених системою обов'язкового медичного страхування, тоді як ті, хто мав більші фінансові ресурси, могли отримати доступ до ширшого спектру варіантів, включаючи системні, інтегративні та гуманістичні методи. Затримане визнання системної терапії у 2020 р., після всебічної оцінки Інституту якості та ефективності в охороні здоров'я (IQWiG, 2017), ілюструє повільний темп структурної адаптації в німецькій системі психотерапії. Хоча це включення представляло важливе розширення спектру державно відшкодовуваних методів, воно також підкреслило необхідність більш динамічного та інклюзивного процесу інтеграції нових доказово обґрунтованих методів у офіційний канон (von Sydow *et al.*, 2024).

З точки зору професійного розвитку, Закон про психотерапевтів 1999 р. забезпечив юридичне регулювання, захист титулу та формальне визнання психотерапії як професії охорони здоров'я. Водночас він інституціоналізував обмежувальні рамки, які до реформ 2020 р. обмежували методологічне різноманіття, гальмували інтеграцію нових доказово обґрунтованих підходів і підтримували структурну фрагментацію в німецькій системі психотерапії (Melcor *et al.*, 2019). Ці історичні умови створили професійно та інституційно парадоксальне середовище. Співіснування численних парадигм у німецькомовній психотерапевтичній традиції підтримувало теоретичне різноманіття, методологічні інновації та широкий терапевтичний репертуар. Одночасна присутність психодинамічних, когнітивно-поведінкових,

гуманістично-експериментальних та системних орієнтацій дозволяла практикам використовувати різні концептуальні рамки та технічні підходи, збагачуючи епістемологічне різноманіття галузі. Ця плюралістична структура також стимулювала як внутрішньо-модальні, так і міжмодальні дослідження, сприяла професійній рефлексивності та полегшувала контекстуальну адаптацію нових міжнародних моделей до місцевої клінічної практики (Možina, 2024). Водночас інституційна структура, що підтримувала це різноманіття, посилювала жорстку сегментацію між модальностями, сприяючи професійній ізоляції та обмеженому обміну між парадигмами. Як підкреслили W. Rief *et al.* (2024), навчальні інститути часто функціонували як автономні епістемічні спільноти з власними словниками, системами оцінки та традиціями супервізії, що ускладнювало передачу компетенцій і співпрацю між школами. Ця фрагментація обмежувала клінічні інновації та гальмувала розвиток уніфікованих стандартів підготовки, що забезпечують основні професійні компетенції. Крім того, система демонструвала обмежену здатність до адаптації у відповідь на нові наукові дані. Незважаючи на зростаюче дослідження спільних терапевтичних факторів, процесно-орієнтованих підходів та інтеграції нейронаукових, розвивальних і культурних перспектив, структурні поділи між модальностями

ускладнювали систематичну трансляцію таких результатів у практику та освіту. Внаслідок цього існувала прогалина між розширеною міжнародною доказовою базою та більш повільно еволюційними, шкільно-орієнтованими структурами підготовки та відшкодування у німецькомовному контексті (Melscor *et al.*, 2019). Психотерапія в Австрії, Німеччині та Швейцарії розвинулася у професію, що характеризується багатим теоретичним та методологічним різноманіттям, підтримуваним міцною правовою базою та високим рівнем професійної легітимності. Водночас галузь залишалася структурно фрагментованою та системно негнучкою. За висновками M. Možina (2024), ця постійна напруга між різноманіттям і узгодженістю стала центральним рушійним фактором руху до уніфікації, оскільки політики, педагоги та практики дедалі більше визнавали необхідність узгодження плюралізму з системною інтеграцією. Консенсус, що виник, полягав у тому, що така уніфікація повинна зберігати теоретичну глибину та відмінність, що є характерними для кожної традиції, забезпечуючи водночас спільну основу компетенцій та здатність до адаптації на основі доказів, яка відповідає вимогам сучасної психіатричної допомоги. Таблиця 3 містить порівняльний аналіз ключових структурних, педагогічних та цільових аспектів реформ психотерапевтичної освіти та ліцензування в Німеччині та Австрії.

Таблиця 3. Порівняльна характеристика освітніх реформ у Німеччині (2020) та Австрії (2023/24)

Аспект	Німеччина – реформа Закону про психотерапевтів (2020)	Австрія – реформа Закону про психотерапію (2023/24)
Контекст та обґрунтування	Мала на меті подолати фрагментовану, інститутську модель післядипломної освіти та варіативність компетентностей	Замінено дворівневу систему «Propädeutikum – Fachspezifikum», встановлену в 1991 р., з урахуванням вартості, тривалості та обмеженої адаптивності
Основні структурні зміни	Впроваджено повністю університетську, відкриту за методами навчання програму з національним ліцензійним іспитом	Впроваджено систему бакалавр-магістр, сумісну з Болонською системою, в акредитованих університетах Європейського простору вищої освіти
Педагогічний фокус	Інтегрована психотерапія для дорослих та дітей/підлітків; акцент на міжмодальних базових компетенціях та відстроченій спеціалізації	Ранній теоретичний плюралізм, обов'язкова наукова грамотність, плавний перехід від базового до спеціалізованого змісту
Очікувані результати	Уніфікована професійна ідентичність, покращена інтеграція досліджень і практики та більша адаптованість до складних клінічних вимог	Академічна порівнянність, посилена наукова інтеграція, швидший вихід на практику та визнання кваліфікації в масштабах ЄС
Спільні цілі	Обидві реформи спрямовані на усунення розмежування між різними методами, посилення емпіричної грамотності та формування згуртованої професійної ідентичності	–

Джерело: розроблено авторами на основі R. Poss-Doering *et al.* (2021), L. Maier *et al.* (2024), W. Rief *et al.* (2024)

Формування майбутнього психотерапії невіддільно пов'язане з архітектурою її систем підготовки. Навчальні програми, педагогічні філософії та інституційне управління не лише передають технічні знання, а й формують когнітивні, етичні та реляційні рамки, через які майбутні терапевти інтерпретують клінічну реальність. У цьому сенсі освітня реформа функціонує як стратегічний важіль для системної трансформації, впливаючи на професійну ідентичність, теоретичну відданість та готовність до доказово обґрунтованої, адаптивної практики. У німецькому контексті реформа Закону про психотерапевтів 2020 р. стала історичним розривом із децентралізованою, інститутською післядипломною моделлю, яка панувала понад два десятиліття. Попе-

редня система, хоча й сильна в модально-специфічній глибині, закріпила структурні силоси, гальмувала трансляцію нових наукових даних у практику та призводила до високої варіабельності базових компетенцій серед нових учасників. Як підкреслили L. Maier *et al.* (2024), нове законодавство створило повністю університетську, методологічно відкриту освітню траєкторію, що завершувалася ліцензуванням після національно стандартизованого кваліфікаційного іспиту. За словами R. Poss-Doering *et al.* (2021), дизайн був обумовлений усвідомленням того, що фрагментовані навчальні екосистеми не можуть задовольнити вимоги сучасної психіатричної допомоги, сформовані з урахуванням зростання показників коморбідності, зміни демографічного

профілю, реформ моделей надання послуг та глобального переходу до доказово обґрунтованих втручань. Три принципи дизайну ілюструють масштаб трансформації. По-перше, інтеграція психотерапії для дорослих і дітей/підлітків у єдину кваліфікацію ліквідувала довготривале і штучне розділення, забезпечуючи компетенції через усе життя та більшу гнучкість робочої сили. По-друге, раннє впровадження крос-модальних базових компетенцій – включно з діагностикою відповідно до ICD та DSM, формуванням терапевтичного альянсу, спільним плануванням лікування, етичним мисленням, культурною чутливістю та моніторингом результатів – змістило акцент на прогрес, орієнтований на компетенції, а не на попередньо навантажене теоретичне навчання. По-третє, відтермінування методологічної спеціалізації до післядипломного навчання гарантувало, що всі випускники отримають широку, доказово обґрунтовану основу перед тим, як обрати шкільно-специфічну рамку (Poss-Doering *et al.*, 2021). Ранні дані оцінки показують, що випускники мають більшу відкритість до інтеграції, процесно-орієнтовані навички мислення та вищу процедурну адаптивність, тоді як університетське середовище скорочує розрив між дослідженням і практикою шляхом впровадження емпіричного дослідження у клінічну підготовку (Rief *et al.*, 2024).

В Австрії реформа Закону про психотерапію 2023/24 р. була однаково вагомою. Попередня двоступенева структура, що складалася з загальної базової підготовки, а потім модально-специфічного навчання, діяла з 1991 р. Хоча ця модель забезпечувала теоретичне занурення, вона була затратною, тривалою і структурно стійкою до швидкого впровадження нових наукових даних. Як зазначили W. Rief *et al.* (2024), нова сумісна з Болонським процесом структура бакалаврат-магістратура розмістила освіту з психотерапії повністю у акредитованих університетах. За даними Federal Ministry of Education, Science and Research (Austria) (2024), ця структура узгоджує підготовку зі стандартами Європейського простору вищої освіти, забезпечуючи порівнянність і прозорість кваліфікацій, і, як очікується, полегшить майбутнє визнання у межах ЄС відповідно до Директиви 2005/36/ЄС. Ця реформа також відображає ширші європейські зусилля щодо модернізації підготовки психотерапевтів та вирішення проблем сталості робочої сили в цій галузі по всьому континенту (Možina, 2024). Реформа вводить теоретичний плюралізм з першого семестру, обов'язкову наукову грамотність та методологічну підготовку, а також безперервний перехід від базового до спеціалізованого навчального матеріалу, усуваючи жорсткі межі етапів, які раніше створювали дублювання та уповільнювали вступ у практику. Обидві реформи збігаються у спільних стратегічних цілях: ліквідація модальних силосів, формування спільної професійної ідентичності, підвищення адаптивності при складних та коморбідних випадках і впровадження емпіричної грамотності як базової навички. У цьому контексті Німеччина та Австрія тепер стоять поряд з міжнародними лідерами,

такими як Нідерланди, Норвегія та Канада, де університетсько-клінічні партнерства та системи ліцензування, орієнтовані на компетенції, вже демонструють покращення готовності робочої сили, результатів для пацієнтів та міждисциплінарної співпраці. Важливо, що ці зміни сигналізують про культурне переозначення психотерапії – від федерації конкуруючих епістемічних шкіл до цілісної медичної професії, заснованої на спільних наукових та етичних стандартах. Стійкі інвестиції та підтримка політики визначають, чи досягнуть ці освітні реформи свого трансформаційного потенціалу, чи залишаться символічним реструктуруванням без суттєвого впливу на систему (Poss-Doering *et al.*, 2021; Rief *et al.*, 2024). Загалом, реформи в Німеччині та Австрії представляють значний крок до модернізації та професійної консолідації психотерапії в рамках європейської системи вищої освіти та охорони здоров'я. Вони підкреслюють спільну регіональну відданість навчальним програмам, орієнтованим на компетенції, інтеграції досліджень і клінічної практики та довгостроковій стійкості робочої сили в галузі психічного здоров'я.

◆ Теоретична інтеграція та універсальні фактори психотерапевтичної ефективності

Поточний рух у напрямку уніфікованої психотерапії отримує своє найпереконливіше емпіричне обґрунтування з великого та конвергентного масиву досліджень щодо загальних факторів – тих реляційних, мотиваційних та процесуальних елементів, які послідовно передбачають позитивні результати лікування незалежно від застосованої конкретної модальності. Протягом понад п'яти десятиліть метааналізи, великомасштабні дослідження «процес – результат» та теоретичні синтези неодноразово показували, що хоча методологічно-специфічні техніки можуть бути ефективними, вони зазвичай пояснюють відносно невелику частку варіації результатів. Натомість J.B. Persons *et al.* (2023) визначили такі фактори, як якість терапевтичного альянсу, здатність терапевта до емпатичного налаштування, очікування та надія клієнта на зміни, ступінь емоційної активації під час сеансів та ефективна мобілізація особистих і соціальних ресурсів, що пояснюють значно більшу частку терапевтичного успіху. Терапевтичний альянс – що включає згоду щодо цілей, консенсус щодо завдань та якість реляційного зв'язку – неодноразово визнано одним із найсильніших передбачувальних чинників результатів лікування у різних умовах, серед різних популяцій та при різних діагнозах. Емпатія терапевта у багатовимірній формі (афективний резонанс, когнітивне прийняття перспективи та комунікативне налаштування) є ще одним стійким передбачувальним чинником, що впливає як на залученість, так і на дотримання терапевтичних рекомендацій. Як підсумували С. Flückiger *et al.* (2018), терапевтичний альянс слугував центральним засобом змін у різних орієнтаціях, причому чутливість до клієнта та реляційне налаштування були визначені як

критично важливі передбачувальні чинники результату. Ці висновки безпосередньо кидають виклик ортодоксії середини 20 ст., яка стверджувала, що професійна ефективність залежить від відданості одній «чистій» школі психотерапії. Натомість, як стверджували D. Meier *et al.* (2024), перехід до компетентнісно-орієнтованого та процесно-орієнтованого навчання мав на меті підготувати терапевтів до свідомого спрямування на механізми змін, що виходять за межі конкретних методів. На практиці ця орієнтація була реалізована у низці процесно-орієнтованих і трансдіагностичних моделей. Уніфікований протокол трансдіагностичного лікування емоційних розладів інтегрує когнітивно-поведінкові та емоційно-орієнтовані техніки для впливу на спільні механізми, такі як маладаптивне уникнення емоцій, дефіцити когнітивного переосмислення та дисфункціональні схеми дій – ключові процеси, залучені при тривожних, депресивних та суміжних розладах (Barlow *et al.*, 2017). Терапія прийняття та зобов'язання поєднує поведінкові, когнітивні та майндфулнес-орієнтовані стратегії для розвитку психологічної гнучкості – здатності діяти у відповідності з особистими цінностями, незважаючи на неприємні внутрішні переживання – процесу, актуального для численних діагностичних категорій, від хронічного болю до залежностей (Hayes *et al.*, 2012). За Н. Levenson (2017), Циклічна психодинаміка демонструє інший інтегративний шлях: вона поєднує психодинамічні уявлення про несвідомі реляційні патерни з міжособистісними процесними втручаннями, які безпосередньо залучають терапевтичні відносини тут і зараз, демонструючи, що традиції глибинної орієнтації можуть зберігати концептуальну складність при впровадженні гнучких інтегративних структур. Останні концептуальні досягнення намагалися запропонувати об'єднуючі метатеорії, здатні пояснити, чому ці різноманітні моделі сходяться на подібних результатах. F. Baier-Mosch *et al.* (2025), спираючись на Теорію самовизначення, стверджували, що ефективна психотерапія – незалежно від модальності – працює насамперед шляхом підтримки базових психологічних потреб клієнта в автономії, компетентності та взаємозв'язку. Ця мотиваційна перспектива запропонувала лаконічний пояснювальний міст між різними терапевтичними техніками, ґрунтуючи їх на універсальних людських процесах. У сфері дитячої та підліткової психотерапії T.C. Tattersall *et al.* (2024) запропонували модель, що синтезує Теорію прив'язаності, системні підходи, психологію розвитку та нейронауку, визначаючи спільні механізми, такі як регуляція афекту, безпечне реляційне прив'язування та адаптивна когнітивно-емоційна інтеграція, як центральні для змін у різних модальностях. Однак інтеграція без теоретичного закріплення ризикує перетворитися на несистемний еkleктизм – «вибирай і змішуй» техніки на основі особистих уподобань або поточного контексту, а не чіткого розуміння механізмів змін. Такий підхід загрожує непослідовністю, зменшенням відтворюваності та ерозією відповідальності. Добре сформульовані інтегративні

моделі, навпаки, поєднують гнучкість із концептуальною цілісністю. Вони надають клініцистам структуровану адаптивність – здатність реагувати на гетерогенні потреби клієнтів без втрати узгодженості втручань (Ryan & Deci, 2017). Актуальність цих висновків для освітньої реформи безпосередня: навчальні програми, що акцентують раннє оволодіння загальними факторами, сприяють крос-модальному процесному мисленню та базуються на метатеоретичних рамках, з більшою ймовірністю випускатимуть спеціалістів, здатних до глибини та широти. Впроваджуючи процесно-орієнтовану компетентність у центр навчання, поточні німецькі та австрійські реформи створюють умови для того, щоб нові практики займалися доказово обґрунтованою інтеграцією, а не еkleктичним імпровізаційним підходом, тим самим узгоджуючи клінічну практику з найміцнішими емпіричними даними сучасних досліджень психотерапії.

◆ Міжнародні перспективи та політичний контекст

Хоча структурні реформи, що наразі відбуваються в Німеччині та Австрії, надають важливі національні кейси для інтеграції психотерапії, вони є частиною ширшого міжнародного руху до компетентнісно-орієнтованої професійної організації, демонтажу жорстких меж між школами та узгодження навчання з доказово обґрунтованою практикою. У країнах з високим, середнім та низьким рівнем доходів протягом останніх двох десятиліть спостерігалось посилення зусиль щодо модернізації психотерапевтичної освіти, ліцензування та надання послуг у відповідь на зміни у сфері охорони психічного здоров'я, дефіцит кадрів, епідеміологічні трансформації та зростаючий попит на гнучкі моделі надання допомоги. Ці процеси вписані у глобальний політичний дискурс, сформований акторами, такими як ВООЗ та Європейська асоціація психотерапії (EAP), компетентнісні рамки та стандарти мобільності яких починають впливати на національні реформи у всьому світі (Rief *et al.*, 2024). Програмою Великої Британії Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) є одним із найпомітніших прикладів національної реорганізації надання психічно-оздоровчих послуг. Запущена у 2008 р. для подолання значного розриву в лікуванні депресії та тривожних розладів, IAPT застосовує модель покрокової допомоги, яка відповідає інтенсивності втручання рівню клінічної тяжкості та складності (NHS Digital, n.d.). На менш інтенсивних рівнях надаються керовані програми самопомоги та психоосвіта спеціально підготовленими працівниками з психологічного благополуччя; на більш інтенсивних рівнях застосовуються структуровані психотерапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія, міжособистісна психотерапія та консультативна робота, орієнтована на особистість. За M. Barkham *et al.* (2023), IAPT функціонувала в рамках культури рутинного моніторингу результатів, причому валідовані показники систематично збиралися на кожному сеансі для планування лікування та забезпечення

дотримання національних стандартів ефективності та підзвітності. Це поєднання масштабованості, мультимодальності та систематичної оцінки зробило IAPT глобальним еталоном інтегрованого надання послуг, що поєднує доступність із доказовою достовірністю. Недавні дослідження показують, що рутинний моніторинг результатів та компетентнісні рамки все частіше впроваджуються на міжнародному рівні, підвищуючи підзвітність, якість навчання та результати лікування (Barkham *et al.*, 2023; Rief *et al.*, 2024; NHS Digital, n.d.). У Норвегії та Нідерландах реформи рішуче рухалися у напрямку незалежних від школи, компетентнісно-орієнтованих систем ліцензування. Як зазначили K.D. Martinsen *et al.* (2023), професійне визнання надавалося на основі продемонстрованого володіння ключовими компетенціями, такими як діагностична майстерність, побудова альянсу, етичне мислення, культурна компетентність та постійна оцінка результатів, а не відданості одній модальності. Такий підхід дозволяє психотерапевтам інтегрувати методи з кількох традицій, зберігаючи високі професійні стандарти. Крім того, він підтримує рамки навчання протягом життя, у яких практики повторно сертифікуються через постійний професійний розвиток, забезпечуючи чутливість до нових наукових даних та потреб суспільства (Rønnestad *et al.*, 2019; Možina, 2024).

Україна представляє чи не найвиразніший приклад побудови психотерапевтичних систем у сучасному глобальному контексті. До 2014 р. психотерапія в Україні характеризувалася фрагментацією, відсутністю національного ліцензування та обмеженням державним забезпеченням. Анексія Криму та подальший збройний конфлікт на Сході України спричинили початкові зусилля щодо нарощування потенціалу, здебільшого через програми психосоціальної підготовки, організовані неурядовими організаціями. Ескалація конфлікту у 2022 р. викликала безпрецедентну кризу психічного здоров'я, відзначену масовим переміщенням населення, високим рівнем травматизації та значним порушенням інфраструктури охорони здоров'я (Frankova *et al.*, 2024). За підтримки ВООЗ в Україні Міністерство охорони здоров'я розпочало амбітну багаторівневу реформу: базовий рівень для розвитку психосоціальних навичок на громадському рівні, проміжний рівень для структурованих, супервізованих втручань та просунутий рівень із запровадженням університетських програм бакалаврату та магістратури відповідно до стандартів Європейського простору вищої освіти (WHO, 2023). Центральним елементом цієї стратегії є пропонування Національний університет психотерапії, призначений для стандартизації навчальних планів, впровадження дослідницької грамотності, інтеграції кількох доказово обґрунтованих модальностей та узгодження кваліфікацій з Європейським сертифікатом психотерапії. Важливо, що компетенції, орієнтовані на травму, включно з лікуванням складного посттравматичного стресового розладу, підтримкою при втраті та зміцненням стійкості громад, впроваджуються на всіх рівнях підготовки, що відображає усвідомлення

того, що психічні потреби після війни зберуться протягом десятиліть. Український приклад демонструє, що системна, компетентнісно-орієнтована реформа можлива навіть за екстремальних геополітичних та економічних обмежень за умови міжнародної співпраці та багаторівневого підходу до розвитку кадрового потенціалу. На наднаціональному рівні ЕАР (n.d.) давно виступає за Європейський сертифікат психотерапії, що забезпечує транснаціональне визнання професійних кваліфікацій на основі узгоджених стандартів навчання, етики та супервізованої практики. Її модель компетенцій акцентує технічні навички, культурну чутливість, етичну відповідальність та рефлексивну практику. Подібним чином ВООЗ чітко пов'язала компетентнісні рамки для фахівців із психічного здоров'я із зміцненням системи охорони здоров'я, універсальним доступом до медичних послуг та захистом прав людини. Обидві організації сходяться на пріоритетних напрямках, що безпосередньо підтримують порядок денний інтеграції: розробка етично обґрунтованих, незалежних від школи профілів компетенцій, сприяння професійній мобільності для вирівнювання кадрового дисбалансу та впровадження механізмів вимірювання результатів і підзвітності у навчанні та наданні послуг (WHO, 2025a; 2025b). Разом ці міжнародні приклади та політичні рамки забезпечують як зовнішню валідацію, так і стратегічні можливості для реформ у Німеччині та Австрії. Розглядаючи національні зміни в контексті цього глобального імпульсу, особливо у сферах визначення компетенцій, етичних стандартів, професійної мобільності та доказовості результатів, німецькомовна психотерапія не лише модернізує власні структури, але й позиціонує себе як активний учасник транснаціональної та інтегрованої психотерапевтичної професії, здатної вирішувати складні та міждисциплінарні проблеми психічного здоров'я 21 ст.

✦ Технологічні розробки та цифрова інтеграція в психіатрії

Цифрова трансформація психотерапії відображає ширші тенденції інновацій у наданні послуг з охорони психічного здоров'я, де нові технологічно підтримувані та гібридні моделі переосмислили стандарти доступності та якості. Досягнення в галузі штучного інтелекту (ШІ), обробки природної мови, імерсивних симуляційних середовищ та інтегрованих цифрових платформ охорони здоров'я поступово переходять від дослідницьких прототипів до основних навчальних програм, професійних супервізійних структур та рутинних клінічних робочих процесів (Lahey *et al.*, 2021). Це відображає ширші тенденції в охороні здоров'я, де діагностика з використанням ШІ, телемедицина та прогностична аналітика вже почали переосмислювати професійні ролі та стандарти. Яскравим прикладом інновацій із застосуванням ШІ, специфічних для психотерапії, є система Counselling Feedback in Common Factors System (CFiCS), розроблена F. Schmidt *et al.* (2025). Спочатку її випробовували в Німеччині та Австрії, наразі CFiCS

адаптують для міжнародних наукових колаборацій, проте основне впровадження залишається в межах європейських університетських програм підготовки психотерапевтів. Ця система використовує графову обробку природної мови для аналізу детальних транскриптів сеансів терапії на предмет мікро-навічок консультування, включаючи відкриті запитання, рефлексивне слухання, емпатичне підтвердження та узагальнення, і відображає їх у мережі міжособистісних навичок. Результатом є візуалізований профіль компетенцій, який дозволяє як супервізорам, так і стажерам визначати сильні сторони у комунікації, прогалини та прогрес з часом. Це означає значний перехід від суб'єктивного, анекдотичного супервізійного зворотного зв'язку до об'єктивного відстеження компетенцій, прив'язаного до доказово обґрунтованих стандартів навчання.

Доповнюючи системи картування навичок, платформи, орієнтовані на результати, такі як IPAEval, забезпечують безперервний моніторинг прогресу з кількох перспектив. IPAEval був розроблений міжнародним консорціумом під керівництвом установ Південної Кореї та США і з того часу випробовувався у кількох клінічних науково-дослідних мережах у Азії, Північній Америці та Європі, що робить його міжнародно валідованою програмою, а не інструментом, специфічним для окремої країни (Krishnan, 2025). На відміну від статичних

вимірювань, що проводяться у фіксовані моменти часу, IPAEval інтегрує дані, повідомлені терапевтом та клієнтом, по сеансах, що дозволяє в реальному часі виявляти траєкторії клінічних змін. Такі ранні індикатори можуть спричиняти своєчасну корекцію стратегій втручання, потенційно зменшуючи відмови від лікування та покращуючи довгострокові результати. Крім того, агреговані та анонімізовані набори даних можуть слугувати базою доказів на практиці, безпосередньо використовуючись для забезпечення якості послуг та планування національної політики охорони здоров'я. Інтеграція великих мовних моделей (LLMs), зокрема архітектур на базі GPT, у психотерапевтичну практику є швидкозростаючим напрямом. Опитування F. Bal (2025) показали, що клініцисти вже використовують ці системи для складання формулювань випадків, узагальнення нотаток, створення психоосвітніх матеріалів, моделювання діалогів клієнт – терапевт для навчання та навіть дослідження диференційних діагностичних гіпотез. Попередній зворотний зв'язок вказує на підвищення ефективності, розширення освітніх ресурсів та покращення якості документації. Проте ці переваги врівноважуються суттєвими етичними, професійними та епістемологічними ризиками. Таблиця 4 окреслила основні небезпеки та виклики використання штучного інтелекту (зокрема LLMs) у клінічній психотерапії.

Таблиця 4. Основні ризики, пов'язані з інтеграцією LLMs у практику психотерапії

Категорія ризику	Опис
Ризик надмірної залежності	Стажери або перевантажені клініцисти можуть замінити власне критичне мислення контентом, згенерованим ШІ, що послабить рефлексивне, адаптивне мислення, яке лежить в основі етичної клінічної роботи
Упередженість та культурна чутливість	На результати роботи LLMs впливають упередження, присутні в даних для навчання, що може потенційно посилити стереотипи, опустити соціокультурний контекст або неправильно інтерпретувати культурно-специфічні прояви симптомів
Незамінність відносин	Терапевтичні відносини, що ґрунтуються на емпатії, невербальній комунікації та виборі часу, залишаються поза межами можливостей ШІ. Хоча ШІ може надавати інформацію та структурувати роботу, він не може відтворити емоційну присутність та міжособистісну взаємність, які є центральними для психотерапевтичних змін

Джерело: розроблено авторами на основі F. Bal (2025)

Нові середовища віртуальної (VR) та доповненої (AR) реальності додають ще один вимір цифрової інтеграції. Пілотні проєкти використовують імерсивні симуляції для експозиційної терапії, тренування соціальних навичок та повторної обробки травматичного досвіду, а також для навчання психотерапевтів складним сценаріям взаємодії, які важко або ризиковано відтворити у реальному житті. Наприклад, С.М. Holmes *et al.* (2023) описували використання імерсивних VR-симуляцій для підготовки студентів-консультантів до кризової комунікації та взаємодії на основі емпатії, тоді як P. Wang *et al.* (2024) розглядали клінічні застосування VR при тривожних розладах, посттравматичному стресі та когнітивній реабілітації. Ці ініціативи продемонстрували, як VR-технології дедалі активніше інтегруються у психотерапевтичну освіту та рамки втручання у науково-дослідницьких і навчальних установах. У світлі цих подій цифрова грамотність має розглядатися як ключова професійна компетенція. Вона включає не

лише технічну обізнаність щодо інструментів ШІ, але й критичні навички оцінки їхньої достовірності, обмежень та контекстуальної доцільності. Оновлені моделі супервізії можуть включати спільний аналіз результатів роботи ШІ, сприяючи рефлексивному обговоренню того, коли й як такі інструменти підсилюють або шкодять процесу надання допомоги. Регуляторні рамки починають формуватися. У Європі професійні та політичні дискусії дедалі більше узгоджуються з глобальними аналізами управління ШІ в охороні здоров'я, які підкреслюють необхідність обов'язкових етичних стандартів щодо прозорості, підзвітності та контролю з боку клініциста (Palaniappan *et al.*, 2024). Професійні асоціації в Німеччині, Австрії та ЄС обговорюють кодекси етики ШІ для психотерапії, що охоплюють конфіденційність даних, інформовану згоду на втручання за допомогою ШІ, прозорість алгоритмів та підзвітність у випадку несприятливих подій. Керівництво ВООЗ щодо цифрового психічного здоров'я наголошує на

моделях “людина в циклі”, що забезпечують підсилення клінічного судження ШІ, а не його заміну, та закликає до проведення аудитів справедливості, щоб запобігти технологічній дискримінації вразливих груп населення (WHO, 2025a). Загалом, інтеграція цифрових технологій у психотерапію – це не просто питання технічного впровадження, а випробування адаптивної здатності та етичної стійкості професії. Якщо вона здійснюється відповідно до суворих стандартів і впроваджується у гуманістичну, процесорієнтовану практику, ШІ та пов’язані з ним інструменти можуть значно розширити доступ до послуг, персоналізувати допомогу та підвищити якість навчання та супервізії. Якщо ж їх впроваджувати без критичних запобіжників, вони ризикують перетворити психотерапію на механізовану послугу, позбавляючи її міжособистісної глибини, яка, як показано, є ключовим чинником терапевтичних змін.

◆ Діагностичні зміни: новий підхід до розладів особистості в ICD-11

Прийняття 11-го перегляду ICD-11 стало одним із найважливіших парадигмальних зрушень у концептуалізації та діагностиці розладів особистості (WHO, 2025c). На відміну від ICD-10 та DSM-5 Розділ II, які використовували категоріальні моделі, що визначали окремі розлади, такі як пограничний, нарцисичний або антисоціальний розлад особистості, ICD-11 вводить повністю димензійний підхід. Ця модель класифікує порушення особистості за ступенем тяжкості та кваліфікаторами доменів рис, а не за фіксованими синдромами. У системі ICD-11 діагностика розладу особистості відбувається у два основні етапи. По-перше, клініцисти визначають, чи існує порушення особистості легкої, помірної чи тяжкої інтенсивності, на основі порушень у функціонуванні «Я» (ідентичність, самокерування) та міжособистісному функціонуванні (емпатія, близькість). По-друге, прояв можна додатково охарактеризувати за допомогою кваліфікаторів доменів рис, включно з Негативною Афективністю, Відчуженням, Антисоціальністю, Дизінгібіцією та Анакстасією, що разом створюють детальний профіль переважаючих дисфункціональних рис. Додатковий «межовий патерн» зберігає зв’язок із дослідженнями та клінічною літературою щодо пограничного розладу особистості, визнаючи його високу клінічну значущість та специфіку лікування. Як зазначили C.J. Norwood *et al.* (2017), димензійна модель мала кілька переваг у порівнянні з категоріальною, відображаючи емпіричні дані про те, що патологія особистості існує на континуумі, а не в окремих, взаємовиключних типах. Вона також узгоджується з сучасною наукою про особистість, яка концептуалізує риси у ієрархічних моделях, таких як Модель п’яти факторів. Крім того, вона дозволяє досягти більшої клінічної нюансованості, враховуючи гетерогенність у межах діагностичних категорій та сприяючи більш індивідуалізованим формулюванням випадків і планам лікування.

Однак зміни є не лише технічними; вони мають глибокі наслідки для клінічної практики, досліджень

і професійної підготовки. Більшість протоколів доказових втручань, особливо розроблених для пограничного розладу особистості (наприклад, Діалектична поведінкова терапія, Терапія, орієнтована на менталізацію, та Схемотерапія), були спочатку розроблені, валідовані та стандартизовані в рамках категоріальної моделі. Їхні критерії включення більше не збігаються безпосередньо з системою ICD-11. Без обережного перекладу клініцисти можуть стикнутися з невідповідністю між діагнозом і лікуванням, коли встановлені втручання застосовуються без чіткої концептуальної відповідності новій моделі (Bach *et al.*, 2022). Ще однією, часто недооціненою проблемою є те, що психотерапевтичні школи історично спиралися на дуже різні концепції розладів особистості. Психопаналітичні традиції використовували конструкти на кшталт нарцисичної або істероїдної організації особистості; когнітивно-поведінкові підходи розробляли окремі моделі для пограничного, обсессивно-компульсивного або унікального розладу особистості; системні, гуманістичні та інтегративні школи часто спиралися на феноменологічні або інтеракційні підходи. В ICD-11 усі ці синдром-специфічні діагностичні якорі зникають – за винятком додаткового пограничного патерну (Blüml & Doering, 2021). Перехід до димензійної моделі ICD-11 призводить до подвійного розриву: з носологічними структурами, які раніше організовували клінічну комунікацію, та з дослідницькими традиціями, що базувалися на категоріальних критеріях включення. Основні виклики стосуються адаптації існуючих синдром-специфічних методичних посібників до димензійних рамок, переосмислення цільових груп і збереження теоретичної узгодженості між психотерапевтичними школами. Збереження наукової послідовності та порівнянності між школами потребує розробки спільних концептуальних та лінгвістичних стандартів. Некритичне використання застарілої категоріальної термінології ризикують викликати діагностичну непослідовність і міжпрофесійну плутанину, тоді як повне відмовлення від усталених категорій може призвести до втрати цінних емпіричних даних і моделей доказового лікування. Практичні перехідні стратегії можуть включати розробку гібридних навчальних моделей, які ознайомлюють майбутніх клініцистів як із димензійною системою ICD-11, так і з традиційними категоріальними рамками, дозволяючи розуміти клінічні наслідки кожної з них. Ще одним важливим напрямом є створення інструментів мапування та мостових рамок, призначених для перекладу синдром-специфічних методичних посібників у структуру ICD-11 із визначенням тяжкості та доменів рис. Необхідні систематичні дослідження показників лікування, отриманих на основі профілів рис ICD-11, щоб забезпечити доказове застосування існуючих стандартизованих втручань у новій димензійній парадигмі (Bach *et al.*, 2022). Також критично важливо забезпечити подвійне володіння системами в навчальних програмах. Клініцисти повинні вміти працювати в системі ICD-11, а також

орієнтуватися в категоріях ICD-10 та DSM-5, які залишаються інтегрованими в структури охорони здоров'я, страхові коди та багато дослідницьких протоколів. Інакше може виникнути діагностична дисонансія, коли академічні та навчальні заклади застосовують ICD-11, а щоденна практика продовжує користуватися категоріальними системами, що призводить до плутанини, порушує безперервність догляду та ускладнює перехід між послугами. Етичні та політичні наслідки також значущі. Димензійні моделі потребують тонких суджень щодо тяжкості, що може безпосередньо впливати на право на лікування, страхове покриття та навіть судові рішення щодо кримінальної відповідальності, ризику або компетентності для суду. В галузі охорони праці оцінки за димензійними шкалами можуть змінювати оцінку працездатності або статусу інвалідності. З наукової точки зору ICD-11 відкриває можливості для вивчення трансдіагностичних втручань, що спрямовані на основні риси (наприклад, емоційна дисрегуляція, імпульсивність, відчуження) у різних клінічних проявах, перегукується з процесно-орієнтованими та інтегративними моделями, описаними раніше. Як зазначили B. Pan & W. Wang (2024), цей перехід вимагав переосмислення результатів досліджень, заснованих на категоріальних критеріях включення, та валідації ефективності лікування на різних рівнях тяжкості та профілях рис особистості. Зрештою, успішна інтеграція моделі розладів особистості ICD-11 залежатиме від системної узгодженості – між діагностичними рамками, протоколами втручання, навчальними програмами та адміністративними системами. Це не просто прийняття нових діагностичних кодів; це освоєння принципово іншого способу концептуалізації патології особистості – такого, що обіцяє більшу точність, індивідуалізацію та емпіричну узгодженість, але також вимагає від професії, історично навченої у категоріальному мисленні, глибокої концептуальної адаптації (Simon & Bach, 2022). Чи стане цей перехід втратою шкільної ідентичності чи можливістю для справжньої інтегративної інновації, залежатиме від обраних нині стратегій.

♦ Можливості та ризики реформ інтегративної психотерапії

Рух до уніфікованої та інтегративної психотерапії, який ілюструють останні реформи в Німеччині та Австрії, представляє складну і делікатно збалансовану конфігурацію потенційних переваг і структурних ризиків. Хоч стратегічна мета полягає у створенні більш послідовної, адаптивної та доказово обґрунтованої професії, шлях до цієї мети не є лінійним і позбавленим ризиків. Досягнення справжньої інтеграції потребує постійних інвестицій, міжпоколінного діалогу та механізмів, що захищають теоретичну глибину при одночасній модернізації компетенцій. Один із найсуттєвіших потенційних здобутків полягає у формуванні міцнішої спільної професійної ідентичності. Історично психотерапія в німецькомовному середовищі була

організована навколо окремих модальностей, і практикуючі здебільшого ототожнювали себе з психоаналітиками, когнітивно-поведінковими терапевтами, системними практиками чи гуманістичними терапевтами, а не як члени єдиної медичної професії (Rief *et al.*, 2024). Така сегментація призводила до паралельних професійних культур, непослідовних стандартів практики та ослаблення колективного голосу у політичних дебатах. Перехід до спільних компетенцій, загальної теоретичної бази та єдиної клінічної мови може посилити внутрішню згуртованість та зовнішній вплив. Консолідована ідентичність посилює здатність професії відстоювати ресурси для психічного здоров'я, законодавчий захист і суспільне визнання. Ще однією очевидною перевагою є покращена міждисциплінарна співпраця. За словами D. Meier *et al.* (2024), у системах охорони здоров'я, де психотерапевти працювали разом із психіатрами, психологами, соціальними працівниками та медсестрами, спільна рамка компетенцій, що інтегрує діагностичне мислення, етичні стандарти та моніторинг результатів, зменшувала невизначеність ролей, підтримувала послідовне планування лікування та зміцнювала взаємну довіру. Це особливо важливо при веденні складних коморбідних випадків, де різні професійні словники та непослідовні компетенції можуть перешкоджати належній допомозі. Уніфікація також має транснаціональний вимір, особливо в межах ЄС. Гармонізація навчальних програм відповідно до визнаних європейських стандартів та узгодження з Директивою 2005/36/ЄС про професійні кваліфікації дає психотерапевтам більшу мобільність між країнами (European Parliament & Council, 2005). Для держав із нестачею робочої сили це сприяє більш рівномірному розподілу експертизи. Для практиків це розширює кар'єрні можливості поза національними ринками та створює конкуренційний тиск для підтримки високих стандартів підготовки. Найважливішою перевагою є можливість системного забезпечення якості через інтеграцію доказових навчальних програм. Вбудовування дослідницької грамотності, процесно-орієнтованих компетенцій і регулярного вимірювання результатів з початку навчання усуває давню прогалину між наукою та клінічною практикою. Це забезпечує здатність випускників критично оцінювати нові результати, адаптувати методи до нових доказів і брати участь у практично-орієнтованих дослідженнях. Перехід на університетську підготовку в рамках реформ у Німеччині та Австрії безпосередньо підтримує цю інтеграцію, розміщуючи клінічну підготовку в середовищі постійного емпіричного дослідження. Найпоширеніша стурбованість стосується потенційної ерозії теоретичної глибини.

Основні традиції психотерапії, включаючи психоаналітичні, поведінкові, системні, гуманістичні та інтегративні підходи, не є просто історичними артефактами; вони втілюють окремі концептуальні рамки, механізми змін і спеціалізовані техніки, відточені протягом десятиліть. Якщо уніфікація проводиться насамперед як широка загальна програма без чітко визначених

шляхів спеціалізації, це може призвести до того, що фахівці матимуть широкий, але поверхневий рівень компетентності, недостатньо підготовлені до роботи з комплексними або стійкими до лікування випадками, що потребують глибокої експертизи (Hingley, 2025). Схожий ризик – конфлікт ідентичності серед досвідчених практиків. Ті, чиє професійне формування ґрунтувалося на одній школі, можуть сприймати уніфікацію як знецінення їхньої теоретичної спадщини. Опір може проявлятися у небажанні брати участь у міжшкільних проєктах, дистанціюванні від інституційної реформи або навіть політичному протистоянні. Без свідомих стратегій включення – наприклад, залучення старших представників усіх основних традицій до розробки навчальних програм – реформа може ненавмисно загострити ті розбіжності, які прагне подолати (Možina, 2024). Ще однією проблемою є розмиття професійних меж. У системах, де психотерапія перетинається з клінічною психологією, психіатрією та консультуванням, уніфіковані профілі компетенцій можуть створювати невизначеність щодо сфери практики. За даними N. Melcor *et al.* (2019), суперечки щодо юрисдикції, права на страхове покриття та схем направлень уже виникали в тих контекстах, де професійні ролі були переозначені без паралельного регуляторного уточнення. Нарешті, найбільш прагматичним ризиком є недостатнє фінансування впровадження. Створення університетських програм, підготовки викладацьких кадрів та інтегрованих структур супервізії вимагає стабільного фінансування. За відсутності належного фінансування реформи можуть звестися до символічного ребрендингу – зміни назв навчальних програм без суттєвих змін у якості викладання, клінічній практиці або інтеграції з наданням послуг. Подібні результати породжують цинізм і можуть підірвати довіру як до академічних, так і до професійних інституцій (Barlow *et al.*, 2017). Враховуючи зазначені можливості та ризики, була сформульована низка рекомендацій для подальшого розвитку психотерапії. Максимізація можливостей при мінімізації потенційних ризиків потребує стратегічного послідовного впровадження та безперервної оцінки. Міжнародний досвід свідчить, що успіх реформ залежить від включення шляхів спеціалізації в уніфіковані рамки, що дозволяє випускникам розвивати високий рівень експертизи на базі базових компетенцій. Проєктування навчальних програм має залишатися інклюзивним, залучаючи представників усіх основних традицій для збереження теоретичного різноманіття. Чіткі визначення професійних ролей та сфери практики необхідні для уникнення юрисдикційних перекриттів та забезпечення послідовної міждисциплінарної співпраці. Стійкий прогрес також залежить від постійних інвестицій у розвиток викладачів, інституційну інфраструктуру та механізми забезпечення якості. Постійний моніторинг результатів навчання важливий для поєднання освітніх інновацій із реальною клінічною ефективністю та якістю догляду за пацієнтами. Зрештою, уніфікацію психотерапії слід розуміти не як

окрему політичну подію, а як динамічний та адаптивний процес, який поєднує широту і глибину, інновації і традиції, а також ефективність і професійну ідентичність.

✦ Висновки

Це дослідження продемонструвало, що рух до уніфікованої психотерапії слід розуміти не як фіксовану кінцеву точку, а як динамічний, адаптивний процес, що балансує інтеграцію із збереженням теоретичної та методологічної глибини. Уніфікація представляє собою еволюційне переформатування, яке відповідає сучасним викликам у сфері психічного здоров'я, зберігаючи при цьому інтелектуальну спадщину різноманітних клінічних традицій. Теоретичний плюралізм є не перешкодою, а ресурсом – за умови, що він вбудований у цілісну метаструктуру спільних компетенцій, етичних стандартів та відповідальності за результати. Результати дослідження підкреслили, що психоаналітичний, когнітивно-поведінковий, гуманістичний, системний та інтегративний підходи мають свої особливі концептуальні, емпіричні та технічні переваги. Тому метою уніфікації є не гомогенізація, а свідомо інтеграція цих традицій для підвищення клінічної гнучкості, зберігаючи при цьому вірність їх механізмам змін. Технологічні інновації – від супервізії за допомогою штучного інтелекту до цифрового моніторингу результатів та навчання на основі симуляцій – створюють нові можливості для модернізації психотерапії. Однак ці інструменти повинні підсилювати, а не замінювати основні навички взаємодії, такі як емпатія, співчуття та міжособистісна чутливість, які залишаються центральними для терапевтичної ефективності. Аналогічно, прийняття розмірної моделі розладів особистості ICD-11 вимагає ретельного перекладу існуючих протоколів та діагностичної грамотності в категоріальних та розмірних системах. Ця зміна означає не тільки методологічне оновлення, а й ширшу трансформацію клінічного мислення в бік більш індивідуалізованих формулювань. Порівняльні дані з Німеччини та Австрії демонструють, що системна реформа є досяжною в стабільних умовах завдяки чіткому політичному курсу, академічно-клінічній співпраці та постійним інвестиціям. І навпаки, ініціатива України в умовах війни ілюструє, що інтеграція може функціонувати як форма соціальної стійкості, що дозволяє розвивати багаторівневу, компетентнісно-орієнтовану систему психотерапії, незважаючи на обмежені ресурси та триваючу травму. Наступне десятиліття надає важливу можливість перевірити, чи може психотерапія досягти узгодженості без конформізму та інновацій без втрати глибини. Майбутні дослідження повинні оцінювати освітні, клінічні та системні результати, зокрема міжпрофесійну співпрацю, довіру громадськості та здатність адаптуватися до нових викликів у сфері психічного здоров'я як у стабільних, так і в кризових умовах. Також необхідні емпіричні дослідження для виявлення механізмів, що зберігають етичну цілісність та професійну автономію

в умовах дедалі більш стандартизованих систем, забезпечуючи ефективність, орієнтованість на людину та соціальну відповідальність уніфікованої психотерапії. Зрештою, довгостроковою метою є визначення умов, за яких уніфікована психотерапія може еволюціонувати в узгоджену, засновану на доказах та стійку дисципліну, здатну задовольняти складні потреби сучасного суспільства в галузі психічного здоров'я.

◆ Подяки

Немає.

◆ Фінансування

Немає.

◆ Конфлікт інтересів

Немає.

◆ Джерела

- [1] Bach, B., et al. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: A European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9, article number 12. doi: [10.1186/s40479-022-00182-0](https://doi.org/10.1186/s40479-022-00182-0).
- [2] Baier-Mosch, F., Weiher, G.M., & Kananian, S. (2025). Determining what is common: A theoretical account of common factors in psychotherapy through the lens of self-determination theory. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 55, 269-281. doi: [10.1007/s10879-025-09664-y](https://doi.org/10.1007/s10879-025-09664-y).
- [3] Bal, F. (2025). Artificial intelligence and psychotherapy. *Current Approaches in Psychiatry*, 17(4), 643-660. doi: [10.18863/pgy.1538432](https://doi.org/10.18863/pgy.1538432).
- [4] Barkham, M., De Jong, K., Delgadillo, J., & Lutz, W. (2023). Routine outcome monitoring (ROM) and feedback: Research review and recommendations. *Psychotherapy Research*, 33(7), 841-855. doi: [10.1080/10503307.2023.2181114](https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2181114).
- [5] Barlow, D.H., et al. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2017.2164](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164).
- [6] Blüml, V., & Doering, S. (2021). ICD-11 Personality disorders: A psychodynamic perspective on personality functioning. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 654026. doi: [10.3389/fpsy.2021.654026](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.654026).
- [7] European Association for Psychotherapy (EAP). (2017). *The situation of psychotherapy in Austria*. Retrieved from <https://www.europsyche.org/portals/0/media/docs/Situation-Psychotherapy-in-Austria-2017-10-20.pdf>.
- [8] European Association for Psychotherapy (EAP). (n.d.). *About the European certificate of psychotherapy (ECP)*. Retrieved from <https://www.europsyche.org/ecp>.
- [9] European Parliament and Council. (2005). [Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications](https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj). *Official Journal of the European Union*, L 255, 22-142.
- [10] Federal Chancellery of Austria. (1991, January). *Federal Act on the Practice of Psychotherapy (Psychotherapy Act – PsychThG)*. Retrieved from <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR11010839/NOR11010839.html>.
- [11] Federal Chancellery of Austria. (2024, April). *Psychotherapy Act (Federal Law Gazette I No. 49/2024)*. Retrieved from https://ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2024_I_49/BGBLA_2024_I_49.html.
- [12] Federal Joint Committee (G-BA). (2019). *Supporting reasons for the resolution on the amendment of the Psychotherapy Directive: Systemic therapy for adults*. Retrieved from <https://www.g-ba.de/>.
- [13] Federal Joint Committee (G-BA). (2025). Retrieved from <https://www.g-ba.de/>.
- [14] Federal Ministry of Education, Science and Research (Austria). (2024). *Psychotherapy training from 2026 at public universities*. Retrieved from https://www.bmb.gv.at/Ministerium/Presse/2024_archiv/20240111.html.
- [15] Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (Austria). (n.d.). *Psychotherapy information platform*. Retrieved from <https://psychotherapie.ehealth.gv.at/>.
- [16] Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Horvath, A.O., & Crits-Christoph, P. (2018). The alliance in psychotherapy: Updated meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. doi: [10.1037/pst0000172](https://doi.org/10.1037/pst0000172).
- [17] Frankova, I., Bahmad, M.L., Goloktionova, G., & Suvalo, O.B. (2024). *Mental health and psychosocial support in Ukraine: Coping, help-seeking and health systems strengthening in times of war. Interdisciplinary desk review published by ARQ National Psychotrauma Centre and VU Amsterdam*. ARQ & VU: Amsterdam. doi: [10.13140/RG.2.2.33092.85123](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33092.85123).
- [18] Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- [19] Heymann, J., & Sprague, A. (2023). Meeting the UN Sustainable Development Goals for mental health: Why greater prioritization and adequately tracking progress are critical. *World Psychiatry*, 22(2), 325-326. doi: [10.1002/wps.21090](https://doi.org/10.1002/wps.21090).
- [20] Hingley, S.M. (2025). Dialectically integrated psychotherapy: Unconscious internal models and unifying processes of change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 55, 127-137. doi: [10.1007/s10879-024-09650-w](https://doi.org/10.1007/s10879-024-09650-w).
- [21] Holmes, C.M., Tariq, F., Heyward, K., & Hall, D. (2023). *Training counselors using virtual reality*. *Journal of Technology in Counselor Education and Supervision*, 3(2), article number 3.

- [22] Hopwood, C.J., et al. (2017). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, 12(1), 82-86. doi: [10.1002/pmh.1408](https://doi.org/10.1002/pmh.1408).
- [23] Humer, E., et al. (2020). Provision of psychotherapy during the COVID-19 pandemic among Czech, German and Slovak Psychotherapists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), article number 4811. doi: [10.3390/ijerph17134811](https://doi.org/10.3390/ijerph17134811).
- [24] IQWiG. (2017). *Systemic therapy for adults: Final report N14-02 (version 1.0)*. Cologne: IQWiG.
- [25] Krishnan, M. (2025). AI-driven mental health monitoring and support system. *Journal of Integrated Engineering Sciences*, 1(2), article number 3049-3919. doi: [10.63686/Jies.v1i2006](https://doi.org/10.63686/Jies.v1i2006).
- [26] Lahey, B.B., Moore, T.M., Kaczurkin, A.N., & Zald, D.H. (2021). Hierarchical models of psychopathology: Empirical support, implications, and remaining issues. *World Psychiatry*, 20(1), 57-63. doi: [10.1002/wps.20824](https://doi.org/10.1002/wps.20824).
- [27] Legal Framework of Psychotherapy Training in Austria. (n.d.). Retrieved from <https://psy-akademie.at/ausbildung/psychotherapeutisches-propaedeutikum-a-pp/gesetzlicher-rahmen/>.
- [28] Levenson, H. (2017). *Cyclical psychodynamics and the contextual self* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. doi: [10.1037/0000060-000](https://doi.org/10.1037/0000060-000).
- [29] Maier, L., Engesser, D., Paul, R., Reuter, K., Petermann-Meyer, A., & Singer, S. (2024). The structural reform of the psychotherapy guidelines in Germany. *Psychiatric Practice*, 51(1), 31-38. doi: [10.1055/a-2112-3549](https://doi.org/10.1055/a-2112-3549).
- [30] Martinsen, K.D., Fredriksen, A.L., Lunde-Hansen, C., Torbjørnsen, K., & Fedøy, B. (2023). A study of self-perceived change in CBT competence among Norwegian therapists undertaking a 2-year CBT training for working with young people. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16, article number e34. doi: [10.1017/S1754470X23000296](https://doi.org/10.1017/S1754470X23000296).
- [31] Meier, D., Tschacher, W., Frommer, A., Moggi, F., & Pfammatter, M. (2023). Growth curves of common factors in psychotherapy: Multilevel growth modelling and outcome analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 1063-3995. doi: [10.1002/cpp.2864](https://doi.org/10.1002/cpp.2864).
- [32] Melcop, N., von Werder, T., Sarubin, N., & Benecke, A. (2019). The role of psychotherapy in the German health care system: Training requirements for psychological psychotherapists and child and adolescent psychotherapists, legal aspects, and health care implementation. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4), article number e2549. doi: [10.32872/cpe.v1i4.34304](https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.34304).
- [33] Možina, M. (2024). Psychotherapy regulation in European countries: An overview of professional frameworks, training standards, and legal recognition. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 14(2), 93-109. doi: [10.30820/1664-9583-2024-2-93](https://doi.org/10.30820/1664-9583-2024-2-93).
- [34] NHS Digital. (n.d.). Retrieved from <https://digital.nhs.uk/>.
- [35] OECD. (2021). *A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health*. doi: [10.1787/4ed890f6-en](https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en).
- [36] Palaniappan, K., Lin, E.Y.T., & Vogel, S. (2024). Global regulatory frameworks for the use of artificial intelligence (AI) in the healthcare services sector. *Healthcare*, 12(5), article number 562. doi: [10.3390/healthcare12050562](https://doi.org/10.3390/healthcare12050562).
- [37] Pan, B., & Wang, W. (2024). Practical implications of ICD-11 personality disorder classifications. *BMC Psychiatry*, 24, article number 191. doi: [10.1186/s12888-024-05640-3](https://doi.org/10.1186/s12888-024-05640-3).
- [38] Parliament of Austria. (2024). *Health Committee approves the academisation of psychotherapy training*. Retrieved from https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2024/pk0354.
- [39] Persons, J.B., Marker, C.D., & Bailey, E.N. (2023). Changes in affective and cognitive distortion symptoms of depression are reciprocally related during cognitive behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 166, article number 104338. doi: [10.1016/j.brat.2023.104338](https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104338).
- [40] Poss-Doering, R., Hegelow, M., Borchers, M.S., & Hartmann, M. (2021). *Evaluating the structural reform of outpatient psychotherapy in Germany (ES-rip trial) – a qualitative study of provider perspectives*. Durham, NC: Research Square. doi: [10.21203/rs.3.rs-685887/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-685887/v1).
- [41] Psychotherapists Act. (1999, January). *Federal Law Gazette I (1311)*. Retrieved from <https://www.bap-berlin.de/wp-content/uploads/2022/09/PsychThG-1998.pdf>.
- [42] Rief, W., Wilhelm, M., Bleichhardt, G., Strauss, B., Frostholm, L., & von Blanckenburg, P. (2024). Competence-based trainings for psychological treatments – a transtheoretical perspective. *Clinical Psychology in Europe*, 6, article number e13277. doi: [10.32872/cpe.13277](https://doi.org/10.32872/cpe.13277).
- [43] Rønnestad, M.H., Orlinsky, D., Schroder, T., & Skovholt, T.M. (2019). The professional development of counsellors and psychotherapists: Implications of empirical studies for supervision, training and practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 214-230. doi: [10.1002/capr.12198](https://doi.org/10.1002/capr.12198).
- [44] Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Press. doi: [10.1521/978.14625/28806](https://doi.org/10.1521/978.14625/28806).
- [45] Schmid, G., Grünling, E., Haudum, B., Schildmair, U., Webersdorfer, T., & Steiner, V. (2025). *The most common mental health problems in Austria*. Retrieved from <https://psychotherapeuten-linz.at/2025/03/03/die-haeufigsten-psychischen-probleme-in-oesterreich/>.

- [46] Schmidt, F., Hammerfald, K., Jähren, H.H., & Vlassov, V. (2025). CFiCS: Graph-based classification of common factors and microcounseling skills. In A. Zirikly, A. Yates, B. Desmet, M. Ireland, S. Bedrick, S. MacAvaney, K. Bar, & Y. Ophir (Eds.), *Proceedings of the 10th workshop on computational linguistics and clinical psychology (CLPsych 2025)* (pp. 106-115). Albuquerque: Association for Computational Linguistics. [doi: 10.18653/v1/2025.clpsych-1.9](https://doi.org/10.18653/v1/2025.clpsych-1.9).
- [47] Siddiqui, S., et al. (2022). Scaling up community-delivered mental health support and care: A landscape analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, article number 992222. [doi: 10.3389/fpubh.2022.992222](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.992222).
- [48] Simon, J., & Bach, B. (2022). Organization of clinician-rated personality disorder types according to ICD-11 severity of personality dysfunction. *Psychodynamic Psychiatry*, 50(4), 672-688. [doi: 10.1521/pdps.2022.50.4.672](https://doi.org/10.1521/pdps.2022.50.4.672).
- [49] Tattersall, T.C., Rolli, N., & Butwell, M. (2024). Integrative child psychotherapy: Discussion of a common core and unified theory approach. *AIMS Medical Science*, 11(2), 181-209. [doi: 10.3934/medsci.2024015](https://doi.org/10.3934/medsci.2024015).
- [50] Trost, K., Ertl, V., König, J., Rosner, R., & Comtesse, H. (2024). Climate change-related concerns in psychotherapy: Therapists' experiences and views on addressing this topic in therapy. *BMC Psychology*, 12, article number 192. [doi: 10.1186/s40359-024-01677-x](https://doi.org/10.1186/s40359-024-01677-x).
- [51] Voloshyna, O. (2024). The problem of psychologist certification: A comparative analysis of international experience. *Scientific Studies on Social and Political Psychology*, 30(1), 6-15. [doi: 10.61727/ssppj/1.2024.06](https://doi.org/10.61727/ssppj/1.2024.06).
- [52] von Sydow, K., Beher, S., & Retzlaff, R. (2024). Systemic psychotherapy: An introduction to its theoretical foundations and clinical practice. *German Medical Journal International*, 121, 783-792. [doi: 10.3238/arztebl.m2024.0194](https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0194).
- [53] Wang, P., Ai, X., Zhang, X., Ma, F., Zhuang, Y., & Wang, S. (2024). Evaluating virtual reality technology in psychotherapy: Current applications and future directions. *Frontiers in Psychiatry*, 15, article number 1480788. [doi: 10.3389/fpsyt.2024.1480788](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1480788).
- [54] WHO. (2023). *Updates & achievements: Ukraine*. Retrieved from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/special-initiative/ukraine-achievements-2022_23.pdf?sfvrsn=142f5219.
- [55] WHO. (2025a). *Mental health atlas 2024*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240114487>.
- [56] WHO. (2025b). *World mental health today: Latest data*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113817>.
- [57] WHO. (2025c). *WHO releases 2025 update to the International Classification of Diseases (ICD-11)*. Retrieved from [https://www.who.int/news/item/14-02-2025-who-releases-2025-update-to-the-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news/item/14-02-2025-who-releases-2025-update-to-the-international-classification-of-diseases-(icd-11)).

Towards a unified psychotherapy in the 21st century: Paradigm shifts, educational reforms, and global challenges in the German-speaking world and beyond

Salvatore Giacomuzzi

Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor
Poltava V.G. Korolenko National Pedagogical University
36000, 2 Ostrogradsky Str., Poltava, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0002-4218-1685>

Markus Ertl

Master
Department of Child and Youth Welfare
6020, 5 Ing.-Etzel-Straße, Innsbruck, Austria
<https://orcid.org/0000-0002-6408-5045>

Lisa Knoll

Master, Independent Researcher
Vienna, Austria
<https://orcid.org/0009-0006-4626-3860>

♦ **Abstract.** In light of profound global crises and evolving health policies, psychotherapy is undergoing a crucial transformation that increasingly requires integrated and evidence-based professional training systems. The purpose of this article was therefore to analyse the paradigm shift toward unified psychotherapy, examining educational reforms in the German-speaking world as a central case study within a broader international context. The investigation was based on a comprehensive analysis of scientific literature, policy documents, and international competency frameworks. Through the analysis of scholarly sources and normative documents, the study examined educational reforms in Germany and Austria that reflected a transition from fragmented, modality-oriented learning toward university-based, integrative pathways focused on intermodal competences, empirical literacy, and deferred specialisation. The theoretical foundations of this movement were described, presenting research on common factors such as therapeutic alliance, empathy, and resource activation as critical for therapeutic success beyond technique-specific effects. Furthermore, the international policy landscape was examined, with comparative examples from the United Kingdom, Norway, and Ukraine illustrating the adaptability of diverse integration strategies, while key challenges such as the adoption of AI-driven supervision systems and the complex diagnostic shift to the ICD-11 dimensional model were also highlighted. Finally, the potential benefits of unification, including a strengthened professional identity, enhanced cross-border mobility, and improved quality assurance, were weighed against significant risks such as theoretical dilution, identity conflicts, and under-resourced implementation. The results of this analysis could be used by policymakers, educational institutions, and professional associations to guide the strategic development of evidence-based, internationally coherent, and ethically sound curricula for psychotherapy training

♦ **Keywords:** psychotherapy integration; ICD-11; artificial intelligence; intermodal competences; evidence-based practice