

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені ОЛЕСЯ ГОНЧАРА

**О. О. Байєр**

# **ЖИТТЄВІ КРИЗИ ОСОБИСТОСТІ**

**Навчальний посібник**

Дніпропетровськ  
Видавництво ДНУ  
2010

УДК 88.32я73  
ББК 159.923(076)  
Б18

**Рецензенти:**

**Зарицька В. В.** – кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри практичної психології  
Класичного приватного університету м. Запоріжжя.

**Маєвська Н. А.** – кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри загальної психології  
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.

**Пурло О. Ю.** – психолог-консультант, м. Одеса.

**Байер О. О.**  
Б18 Життєві кризи особистості : навчальний посібник / О. О. Байер. –  
Д. : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. – 244 с.

ISBN 978-966-551-323-0

Посібник містить лекційні матеріали, тексти-додатки для ознайомлен-  
ня та добірку завдань для самоконтролю з дисципліни «Життєві кризи осо-  
бистості».

Для магістрів факультетів психології ВНЗ.

УДК 88.32я73  
ББК 159.923(076)

ISBN 978-966-551-323-0

© О. О. Байер, 2010  
© Видавництво ДНУ, оформлення, 2010

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА</b> .....	5
<b>ЧАСТИНА I. КРИЗИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ...</b>	<b>8</b>
<b>РОЗДІЛ 1. Вступ до дисципліни</b> .....	<b>8</b>
<i>Додаток 1. Дебрифінг як метод психотерапевтичної роботи</i> із наслідками кризових ситуацій та його можлива альтернатива .....	17
Завдання для самоконтролю до розділу «Вступ до дисципліни» та додатка 1 .....	20
<b>ЧАСТИНА II. КРИЗИ ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ</b> .....	<b>27</b>
<b>РОЗДІЛ 2. Вікові кризи</b> .....	<b>27</b>
<i>Додаток 2. Ф. Фанч «Перетворювальні діалоги: підручник</i> з практичними техніками сприяння особистісним перетворенням» (скорочено) .....	34
Завдання для самоконтролю до розділу «Вікові кризи» та додатка 2 .....	46
<b>РОЗДІЛ 3. Віктимність особистості, її причини та наслідки.</b> <b>Сектантство як прояв віктимності особистості</b> .....	<b>52</b>
<i>Додаток 3. Сектантство як наслідок наявності</i> віктимного комплексу особистості .....	58
Завдання для самоконтролю до розділу «Віктимність» та додатка 3 .....	65
<b>РОЗДІЛ 4. Гомосексуалізм як криза ідентичності.</b> <b>Терапія гомосексуалізму</b> .....	<b>73</b>
<i>Додаток 4. І. Кон «Обличчя та маски одностатевої любові.</i> Місячне сяйво на зорі» (с. 374–416, скорочено) .....	85
Завдання для самоконтролю до розділу «Гомосексуалізм як криза ідентичності. Терапія гомосексуалізму» та додатка 4 .....	91
<b>ЧАСТИНА III. КРИЗИ, ВИКЛИКАНІ ЗОВНІШНІМИ ЧИННИКАМИ.....</b>	<b>98</b>
<b>РОЗДІЛ 5. ВІЛ-позитивність та її психологічні наслідки.</b> <b>Групи допомоги ВІЛ-позитивним. Специфіка психологічного</b> <b>консультування ВІЛ-позитивних</b> .....	<b>98</b>
<i>Додаток 5. Психологічні вправи для роботи з ВІЛ-позитивними</i> клієнтами .....	104
Завдання до розділу «ВІЛ-позитивність та її психологічні наслідки» та додатка 5 .....	108
<b>РОЗДІЛ 6. Психологічна допомога учасникам бойових дій.</b> <b>Психологія тероризму</b> .....	<b>112</b>
<i>Додаток 6. Б. Колодзін «Як жити після психічної травми»</i> (скорочено) .....	124

Завдання до розділу «Психологічна допомога учасникам бойових дій. Психологія тероризму» та додатка 6 .....	143
<b>РОЗДІЛ 7. Термінальні стани та вмирання.....</b>	<b>152</b>
Додаток 7. Психологія горювання .....	166
Завдання для самоконтролю до розділу «Термінальні стани та вмирання» та додатка 7.....	176
<b>РОЗДІЛ 8. Психологія суїцидальної поведінки. Психологічна допомога суїцидентам. Превенція суїцидів.....</b>	<b>183</b>
Додаток 8. Інструкції для кризового телефонного консультування. Посібник з телефонного консультування. Робота з суїцидом та кризою (ред. Лепеха Т., Лешукова О., Зуєва Г.) (скорочено) .....	195
Завдання для самоконтролю до розділу «Психологія суїцидальної поведінки. Психологічна допомога суїцидентам. Превенція суїцидів» та додатка 8.....	207
<b>ЧАСТИНА IV. КРИЗИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ.....</b>	<b>212</b>
<b>РОЗДІЛ 9. Кризи професійної діяльності.....</b>	<b>212</b>
Завдання для самоконтролю до розділу «Кризи професійної діяльності».....	226
<b>ЗРАЗОК ВИКОНАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАВДАННЯ.....</b>	<b>232</b>
<b>ВІДПОВІДІ НА ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ .....</b>	<b>237</b>
<b>ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК .....</b>	<b>240</b>

## ПЕРЕДМОВА

Стрімкі темпи науково-технічного розвитку, динамізм соціальних процесів, оновлення морально-ціннісних орієнтирів, екологічна криза і, насамкінець, тиск есхатологічних пророкувань – усе це зумовлює психологічне навантаження, викликає депресію, стрес та особистісну кризу як планетарну хворобу ХХІ століття. Поряд із соціо-технологічними, в механізмі кризових станів людини потужними є і фактори соціально-психологічного, педагогічного та особистісного характеру, що створює психологічне напруження, спричиняє кризові стани особистості в її життєвій долі. Чи можна запобігти виникненню кризового стану, як допомогти дітям і молоді у кризових ситуаціях – ці та інші питання розглядаються в запропонованому курсі «Життєві кризи особистості».

Дисципліна «Життєві кризи особистості» викладається у Дніпропетровському національному університеті на 5-му курсі (ІХ семестр), тобто на заключному етапі отримання освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» («магістр») і базується безпосередньо на знаннях та навичках, отриманих при вивченні дисциплін на попередніх курсах, а саме спецпрактикуму з медичної психології, роботи в клініках соматичних та психічних захворювань, вікової психології, практичної діагностики та корекції психічного розвитку людини.

Завданням дисципліни є навчання студентів теоретичних та практичних навичок розпізнавання життєвих криз особистості та надання психологічної підтримки і кваліфікованої допомоги людям, що опинилися в скрутних життєвих ситуаціях.

В результаті вивчення дисципліни фахівець повинен *знати*:

- специфічні ознаки кризової ситуації у житті людини;
- типологію життєвих криз особистості та критерії її побудування;
- основні психологічні теорії стосовно переживання людиною кризового стану;
- термінологію, яка вживається для опису перебігу кризових станів;
- сутність криз, що вивчаються в рамках курсу;
- принципи психологічної допомоги людині в кризових станах різних типів.

Підготовлений фахівець повинен *уміти*:

- користуватись отриманими базовими теоретичними положеннями для здійснення психологічного аналізу криз розвитку та ситуативних криз;
- враховувати витоки (причини) і специфіку різних типів криз у побудуванні системи заходів, спрямованих на реадaptaцію людини у стані життєвої кризи;

▪ надати первинну психологічну підтримку та допомогу людям, що опинилися в скрутних життєвих обставинах.

Курс «Життєві кризи особистості» має сприяти формуванню у студента інтегральних та професійно-орієнтованих рис, культури гуманного ставлення до людини, активної життєвої позиції. Курс розвиває логічне й аналітичне мислення студентів, уважність та увагу, їх професійні здібності, вдосконалює навички самостійної роботи з психологічним матеріалом тощо.

Дисципліна «Життєві кризи особистості» передбачає 18 годин *лекційних* та 18 годин *семінарських* занять та включає підготовку *індивідуального завдання*, написання двох *контрольно-модульних робіт* і *письмового екзамену* у формі тестування.

*Лекційні матеріали*, включені до дисципліни, подані у даному посібнику. Вони розташовані саме у порядку викладення, супроводжуються додатками за відповідною тематикою для самостійного ознайомлення та тестами (ключі до всіх завдань подані наприкінці посібника). Основна частина складається з дев'яти окремих розділів, розподілених на три великі частини: кризи особистісного розвитку, кризи, викликані зовнішніми чинниками та кризи професійної діяльності. Вибір тем, що увійшли до посібника, зумовлено їх актуальністю та гостротою, а також відсутністю навчальних дисциплін, які розкривали б відповідну проблематику, в навчальній програмі магістрів психологічного факультету ДНУ.

Нерідко розмір *додатка* перевищує розмір тексту основної частини розділу, що пояснюється характером матеріалів: часто додатки (як, скажімо, скорочений варіант відомої роботи Б. Колодзіна «Як жити після психічної травми») є «легшим» читанням, ніж сповнений термінів, класифікацій та історичних довідок основний текст. Додатка до останнього розділу не передбачено, адже останнє заняття зазвичай присвячується з'ясуванню різних питань стосовно академічної успішності студентів.

Стосовно *тестів* треба зауважити, що виконання їх передбачає не тільки ознайомлення з матеріалами теми та додатка, а й розширює їх, апелює до знань, отриманих у межах інших навчальних дисциплін, тобто має за мету повторення та закріплення вже пройденого. Наголосимо також, що саме з тестів, наведених наприкінці кожної теми, складається зміст *контрольно-модульних робіт* та *письмового екзамену*. Кожний тематичний блок, тобто основний текст, матеріал додатка та набір тестів завершуються переліком використаної літератури та ресурсів мережі Інтернет стосовно розглянутої проблематики.

*Індивідуальне завдання* передбачає проведення інтерв'ю з людиною, яка пережила кризу (з тих криз, що включені або не включені до розгляду в межах дисципліни), та його аналіз за декількома показниками. Робота повинна включати:

▪ текст інтерв'ю (у вигляді тез та цитат, які підтвердять висновки студента щодо конкретного випадку);

▪ аналітичну частину (аналіз преморбідної ситуації – особливо це стосується випадків суїциду, онкозахворювань, гомосексуалізму, професійного вигорання; чому студент вважає, що описуваний випадок – життєва криза, на якій стадії переживання перебуває суб'єкт та що їй притаманно);

▪ інструменти можливої психокорекційної роботи, а саме якомога конкретніші пропозиції.

Зразок виконання індивідуального завдання наведено наприкінці підручника.

Розподіл балів для оцінювання роботи студента відбувається за такою схемою:

- 0 – 10 балів: підготовка індивідуального завдання;
- $(0 - 25) \times 2 = 50$  балів: виконання двох контрольно-модульних робіт;
- 0 – 40 балів: написання письмового екзамену.

Автор висловлює щире подяку всім, хто надав допомогу у підготовці даного посібника: своєму вчителю та натхненнику проф. Е. Л. Носенко, а також О. Ю. Пурло – за увагу та дружньо налаштовану критику, Л. М. Самошкіній, Н. А. Маєвській, В. Ю. Слабинському та О. В. Бермант-Поляковій – за професійні поради та коментарі, і всім іншим, чий ім'я я не згадала, але кого пам'ятаю з глибокою повагою та вдячністю.

Усі коментарі стосовно змісту посібника прохання надсилати на [bayer.oxana@gmail.com](mailto:bayer.oxana@gmail.com).

## Частина I

# КРИЗИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

### Розділ 1. ВСТУП ДО ДИСЦИПЛІНИ

*Поняття життєвої кризи. Класифікація криз. Визначення системи «особистість – ситуація». Стадії розвитку кризи. Психологічно здорова особистість. Психологічний час. Компетентність у часі. Горювання. ПТСР. Гостра та тривала стресові реакції.*

Слово «криза» має цікаве походження: грецькою воно означає «рішення», а у китайській мові позначається ієрогліфом, що складається з двох частин – «небезпека» або «страх» та «переломний момент» або «сприятлива можливість» (Гроф, 2002).

Критичні ситуації – такі, які потенційно можуть спровокувати розвиток кризи. Змістовну класифікацію критичних ситуацій було запропоновано російським психотерапевтом Ф. Василюком (див. табл. 1).

З таблиці 1 видно, що, говорячи про кризу, зазвичай мають на увазі подію масштабу всього життєвого шляху людини. Стосовно даної класифікації необхідно зауважити: різні типи ситуацій впливають один на одного через внутрішні стани та поведінку.

Критичний період у житті людини завжди характеризується необхідністю зміни усталеної системи цінностей та переконань, їх перегляду. Як уважає М. Уайт, емоційний дистрес у відповідь на травму є данню людей «відмові відпустити або бути відірваними від того, що було так зганьблено, висміяно, умалено в контексті травми... але, все ж, люди продовжують це шанувати та захищати» (White, 2003, с. 40). У кризі поєднані афект та інтелект: емоційна реакція, часто негативна, на ситуацію розвитку та прагнення зрозуміти її якомога повніше і, якщо можливо, переструктурувати, змінити (Титаренко, 1998).

Типологія критичних ситуацій за Ф. Є. Василюком  
(Психологія екстремальних ситуацій, 2001)

Таблиця 1

Онтологічне поле	Тип активності	Внутрішня необхідність	Нормальні умови	Тип критичної ситуації
«Вітальність»	Життєдіяльність організму	Тут і зараз	Безпосередня даність життєвих благ	Стрес
Окреме життєве ставлення	Діяльність	Реалізація мотиву	Трудність	Фрустрація
Внутрішній світ	Свідомість	Внутрішня узгодженість	Складність	Конфлікт
Життя як ціле	Воля	Реалізація життєвого замислу	Трудність і складність	Криза

Виділяють кризи власне психологічні, пов'язані з особистісними змінами, та кризи, витоками яких є не внутрішні трансформації, а зовнішні стимули – переїзди, війни, революції, катастрофи тощо (Карпинський, 2008; Ромек та ін., 2005). До *власне психологічних* належать, перш за все, кризи розвитку, або онтогенетичні кризи, які є природним моментом самого процесу психічного розвитку. Їх сутність пов'язана з якісним переходом людини на новий етап (зумовлений, у тому числі, і суто фізіологічними змінами в організмі), де відкривається нова картина світу, нові смисли та стосунки з людьми, переглядаються багато цінностей (Божович, 1979; Выготский, 1984; Еріксон, 1996 та ін.). Автори часто розглядають кризи ідентичності та близькі до них кризи сенсу життя як «підведення балансу» певного періоду життя, а це пов'язано з усвідомленням його здобутків та втрат, продуктивності цього періоду, визнання цінностей та ідеалів, що визначають діяльність людини (Титаренко, 1998).

Онтогенетична криза може бути ініційована як внутрішніми змінами (глобальними перебудовами на рівні індивіда, рефлексією, актуалізацією потреби у самореалізації, диференціацією Я-концепції тощо), так і зовнішніми, пов'язаними з різкими змінами соціальної ситуації, трансформацією статусу, втратою близької людини – особливо у тому випадку, коли вона була об'єктом ідентифікації (Хоф, 2006). У дитини

смерть близької людини може збігтися з віковою кризою та прискорити й ускладнити її.

Тяжкі переживання, пов'язані з насильством, екстремальними ситуаціями, – тобто *кризи, викликані зовнішніми чинниками*, – мають більш ускладнену зовнішню симптоматику, проте психологічна природа криз абсолютно ідентична. Навіть неглибокий аналіз доводить, що кризи, які мають суто зовнішнє походження, ніколи не обмежуються змінами соціальної ситуації, але завжди призводять до переструктурування внутрішнього смислу цієї ситуації, ставлення людини до себе самої та інших. Скажімо, образ «Я» змінюється як при втраті сенсу життя, так і при серйозній фізичній травмі, а емпіричні дані доводять, що після досвіду катастрофи, екстремальної ситуації може початись розпад основних форм ідентичності (соматичної, статевої), і процес психологічної роботи розпочинається з їх відновлення (Корюкин, 2005; Тарабріна, 1996; Тарабріна, 2001).

Іншою класифікацією криз, уживаною в психологічній науці, є поділ їх на *нормальні* та *анормальні*. Так, говорячи про вікові кризи, ми усвідомлюємо, що це, так би мовити, природні кризи існування людини, яких не можна уникнути, вони пов'язані із завершенням певного етапу психічного розвитку індивіда. Але людина може переживати події, які докорінно змінюють її та її долю, та інші періоди життя, такі, що з погляду на динаміку психічного розвитку вважаються стабільними, – тоді говорять про *анормальну* кризу. Звичайно, ситуація одного виду може накладатись на іншу: наприклад, глибоке негативне переживання кризи середини життя, підкріплене наявністю великої кількості буденних стресових подій та відсутністю щирих стосунків, може призвести до спроби самогубства як одного із засобів розв'язання внутрішнього конфлікту.

Нарешті, останнім варіантом класифікації криз є виділення саме *життєвої кризи*, за умов якої вже напрацьовані способи здійснення життєвого шляху не дають бажаного результату (Василюк, 1984); *вікових криз* та *смисложиттєвих криз*, визначення яких уже було наведено вище; *ціннісної кризи*, що виникає за умови втрати важливого складника ієрархії цінностей<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Аналіз літературних джерел доводить, що вітчизняні автори часто під кризою життєвого шляху мають на увазі саме кризу цінностей (дивіться, наприклад: Калінін, 2000; Лисогорська, 2005; Путиловський, 2002 та ін.). Типовим визначенням життєвої кризи, на наш погляд, є запропоноване І. Калініним: «Мы определяем «жизненный кризис» как временной период переживаний

Перебіг кризи можна умовно поділити на декілька *етапів*:

- прискорення подій (або «первинної напруги»): людина розуміє, що накопичується низка подій, які вона не може контролювати із застосуванням звичних методів та засобів – ситуація вирішується, якщо відбувається плідна робота з власними ресурсами;

- дезорганізація: почуття тривоги та дискомфорту зростають, напруга збільшується, людина звертається до ресурсів другого рівня (знайомі, священники, шофери таксі тощо), але якщо і ці можливості не спрацьовують, відчуття безпорадності сильнішає, знижується самооцінка;

- поворотна точка: стадія характеризується зверненням до ресурсів третього покоління (соціальних інститутів – телефон довіри, психотерапевти тощо); напруга, спричинена невдалими спробами мобілізації ресурсів, зростає, виникає загроза суїцидальних спроб;

- реорганізація: людина переоцінює ресурси – зовнішні та внутрішні, приходиться до нового розуміння проблемної ситуації, вирішує, якої лінії поведінки додержуватись надалі;

- відновлення: встановлюється нормальний рівень функціонування, повертається відчуття життєвої стабільності (Руководство по телефонному консультуванню, 1994).

Небезпечний варіант розвитку кризи – гальмування на певному етапі, коли подальший розвиток особистості блокується фіксацією на старих мисленневих та поведінкових патернах.

Робота спеціаліста-психолога в будь-якому випадку зводиться до психотерапевтичної взаємодії з клієнтом, а її головним завданням є трансформація негативного досвіду в позитивний. При цьому така взаємодія може ускладнюватись фізичним та соматичним факторами у надзвичайних ситуаціях та катастрофах.

Більш повне уявлення тих змін, які відбуваються з людиною в умовах кризи, можна сформулювати з погляду на ті характеристики, які за-

человека, в рамках которого происходит стремительный процесс «обнуления» (стремления к нулевой точке отсчета) какого-либо параметра мотивационной и/или целевой составляющей личностного смысла по отношению к конкретной ценности, являющейся для человека значимой» (Калінін, 2000, с. 19). Виходячи з цього, загальна схема ціннісної кризи виглядає так. У людини є певний «каркас» цінностей – певна ієрархія, на яку вона спирається на життєвому шляху. Через деяку подію – внутрішню або зовнішню – ця ієрархія руйнується, людина втрачає рівновагу, адже позбавлена звичної підтримки системи переконань. Ситуація кризового стану буде тривати до тих пір, поки не буде сформована нова ієрархія цінностей (переглянута стара).

звичай уживають для визначення *психологічно здорової, автентичної особистості*.

1. Усвідомлення межі між власними очікуваннями та уявленнями та реальністю (у розділі 5, де розглядатиметься проблема суїциду, буде встановлено, що саме ця ознака не притаманна потенційним суїцидентам).

2. Прийняття відповідальності за свої переживання та потреби, побудовання діяльності відповідно до них. Особливо це актуально для онкологічних хворих (розділ 8), у яких, згідно з дослідженнями, хвороба виступає наслідком неусвідомлених або придушених негативних переживань, соматизованим криком про допомогу (Шутценбергер, 1990).

3. Усвідомлення свободи вибору в пошуку засобів задоволення власних потреб. Розділ 4 стосуватиметься кризи гомосексуалістів, для яких звернення до статевих відносин із представниками своєї статі часто є компульсивним засобом утамувати переживання власної неповноцінності (Кон, 2003).

4. Розуміння меж своїх можливостей, проте відкритість новим стосункам і новому досвіду.

5. Відносна автономія від оточення.

6. Усвідомлений вибір власного життєвого шляху, втілення своєї життєвої орієнтації (на протизвагу нав'язаних батьками, референтними групами тощо).

Чи існує безкризовий розвиток? Процес становлення особистості обов'язково супроводжується певною кількістю суперечностей та складнощів. Саме в їх переборенні й відбувається розвиток, адже на цих етапах проживання кризової ситуації має місце якісна трансформація всіх особистісних структур. У відносно стабільні періоди існування відбувається закріплення набутих новоутворень.

Згідно з дослідженнями Станіслава та Крістіни Гроф (Гроф, 2003), інколи індивіди проходять через кризову ситуацію, щоб винести з неї значний духовний потенціал, і замість того, щоб зануритись у безумство, виходять з неї духовно збагаченими, функціонуючи більш ефективно, ніж раніше. Таким чином, під впливом «тренування» стресогенними факторами адаптаційні можливості людини не лише не вичерпуються, а навіть розширюються. П. В. Лушин зазначає: «Все болезни и страдания личности, которые встречаются на ее жизненном пути, выступают источниками ее развития, поэтому устранять их – значит лишить личность не просто наполненной жизни, а прервать процесс личностного изменения как выживания, самоорганизации» (Лушин, 2005,

с. 87). Співзвучна йому і думка К. В. Карпинського, який стверджує, що «в целом кризису атрибутируют конструктивную функцию, полагая, что он ведет к отбрасыванию непродуктивных личностных свойств и расчищает путь для прогрессивных новообразований» (Карпинский, 2008, с. 9).

Важливою психологічною категорією, яку необхідно розглянути у зв'язку з аналізом поведінки індивіда в стресовій ситуації, є *психологічний час*. Під останнім зазвичай розуміють процес усвідомлення та переживання особистістю міжподієвих відносин, суб'єктивної картини життєвого шляху. На цей час активно розвивається причинно-рольова концепція часу особистості, згідно з якою структура особистісного часу трансформується залежно від зміни соціальних умов, наприклад, при загрози життю, і характеризує особливості життєвих сил індивіда за таких умов (Абульханова-Славська, 1991). Мета роботи кризового психолога – вироблення у клієнта так званої «компетентності у часі» (термін Абрахама Маслоу), яка налічує такі складові:

а) домірність минулого, теперішнього та майбутнього;

б) реальність теперішнього (чітко усвідомлюється те, що було насправді, а що могло б бути, проте не відбулось у реальності);

в) вільне пересування лінією часу, чіткі уявлення про те, з чого розпочинались ті чи інші повороти біографії та до чого можуть привести події минулого.

У суб'єкта в стані кризи часто трапляється, що лінія минулого нібито «накладається» на теперішнє, скажімо, саме це явище має місце при феномені «муміфікації», коли горювальник роками зберігає речі, обстановку в кімнаті померлої людини, пестуючи ірраціональну надію, що це допоможе її повернути.

Поняттям, нерозривно пов'язаним із феноменами, якими займається кризова психологія, є *горювання*, тобто процес переживання стану втрати, смерті близьких людей. Сучасні дослідження виявили кілька факторів, пов'язаних із підвищеним ризиком погіршення стану того, хто горює: самотність, відсутність мережі соціальної підтримки, зниження ефективності імунної системи (особливо притаманно чоловікам). У розділі 8, присвяченому термінальним хворим та вмиранню, горювання, його стадії та функції будуть розглянуті більш детально.

Останній термін, який необхідно згадати у вступній лекції щодо психології кризових станів – це *ПТСР*, знайомий з курсу клінічної психології. Вплив тривалих, екстраординарних психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із загрозою життю, призводить до загострення одних

преморбідних властивостей та нівелювання інших; можливе й утворення рис, не притаманних суб'єкту до кризи (Осипова, 2005). Спеціалісти зауважують: вплив екстраординарної події на людину не обов'язково викличе розвиток ПТСР. Існує ціла низка факторів, які зумовлюють появу ПТСР при переживанні травматичної події: це обставини перед травмою (наявність нерозв'язаної невротичної симптоматики; особистісні риси, що сприяють або перешкоджають невротизації), спадковість, вік, а також умови після травми – соціальна підтримка та досвід повторної травматизації (Engdahl, Dikel et al., 1997).

*Симптоми ПТСР* поділяють на три великі групи: синдром повторення певних епізодів стресового досвіду (у вигляді «флеш-беків» або нічних кошмарів), синдром уникнення (суб'єкт свідомо уникає ситуацій, які можуть хоча б у віддаленій формі нагадати обставини травми) та синдром гіперзбудження (полягає у постійній готовності до швидких дій з метою протистояння нападу). Крім того, до симптомів ПТСР відносять емоційну нечутливість, яка може виявлятися у безлічі різноманітних форм (Тарабріна, 2001, та ін.).

Визначення *стресора*, що спричинює формування ПТСР, існує у такій версії: людина була залучена до стресової події (короткої чи тривалої) надзвичайно загрозливого або навіть катастрофічного характеру, прикладами якої є природні або спричинені людиною лиха, військові дії, нещасні випадки, ситуація, коли індивід виступає свідком або дізнається про насильницьку смерть іншого, є свідком або жертвою катування, тероризму, згвалтування та інших злочинів (Gailiene, 2005).

Посттравматичний стресовий розлад частіше виникає в осіб з акцентуованими типами особистості. У межах дисципліни розглядати-муться кілька найпоширеніших видів кризових ситуацій, проте правило для них спільне: тривала травматизація спричиняє схожу динаміку, практично незалежно від фактора, що викликав її. Аналогічна ситуація з гострою травматизацією.

Гострий та тривалий стресові стани характеризуються різною динамікою.

*Гострий стан* пов'язаний із впливом фактора несподіваності та раптовості. Виокремлюють три періоди розвитку гострої ситуації, кожний з яких потребує різних інтервенцій кризових спеціалістів (Корюкін, 2005; Осипова, 2005; Ромек, 2005; Слабинский, 2006; Тарабріна, 1996; Тарабріна, 2001 та ін.).

1. *Гострий період* характеризується загрозою власному життю та життю близьких, що виникла раптово. Він триває від початку впливу до

організації рятувних заходів (це можуть бути хвилини або часи). Потужний екстремальний вплив стосується в цей момент, в основному, життєвих інстинктів (самозбереження) і зумовлює розвиток неспецифічних, неособистісних психогенних реакцій, основу яких складає страх різної інтенсивності (Лебедев, 1989). У цей час спостерігаються, переважно, психогенні реакції психотичного та непсихотичного рівня. Особливе місце посідають психічні розлади у тих, хто отримав травми та поранення. У таких випадках украй необхідним є проведення кваліфікованого диференційно-діагностичного аналізу, спрямованого на виявлення причинно-наслідкового зв'язку психічних порушень як безпосередньо з психогеніями, так і з отриманими пошкодженнями (наприклад, черепно-мозковою травмою, інтоксикацією внаслідок опіку тощо). Робота кризового психолога полягає у здійсненні *дебрифінгу* (див. додаток 1 після основного тексту теми).

2. У другому періоді, перебіг якого припадає на розгортання рятувних робіт, починається, за образним висловом, «*нормальне життя за екстремальних умов*». У цей час на формування станів дезадаптації та психічних розладів значно більший вплив чинять особливості особистості постраждалого, а також усвідомлення ним не лише небезпеки, яка ще триває, а й можливості появи нових стресових факторів, таких як втрата рідних, дому, майна, роз'єднання сім'ї.

Пролонгованому стресу в цей період значною мірою сприяє очікування на повторні впливи, невідповідність результатів рятувних робіт очікуванням постраждалих, необхідність ідентифікації загиблих рідних. Психоемоційна напруга, характерна для початку другого періоду, змінюється наприкінці підвищеною втомою та «демобілізацією» з астенодепресивними проявами.

3. У третьому періоді, що починається вже після евакуації постраждалих до безпечних районів, у багатьох відбувається складна емоційна та когнітивна переробка ситуації, оцінюються власні переживання та відчуття, тому цей період отримав умовну назву «*калькуляції витрат*». Набувають актуальності психогенно-травмуючі фактори, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу, яка може втілюватись, наприклад, у проживанні у поруйнованому районі або місці евакуації. Переходячи в хронічну форму, вони сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів. Поряд із неспецифічними невротичними реакціями та станами в цей період починають домінувати патохарактерологічні зміни, посттравматичні та соціально-стресові розлади. У таких випадках спостерігають реакції двох типів: «соматизацію» багатьох невротичних



розладів або протилежну цьому процесу «психопатизацію», пов'язану з усвідомленням травматичних пошкоджень та соматичних захворювань, а також реальними складнощами життя постраждалих. На цьому етапі рекомендоване створення та робота терапевтичних груп (Сукіасян, 2003).

*Тривалий стрес* часто включає в себе шок, притаманний гострому горю, але поряд із цим ускладнений власними фізіологічними особливостями. Нижче наведені стадії тривалого стресового стану (Косицький, 1985).

1. *Стадія мобілізації*: супроводжується підвищенням уваги, загальної активності суб'єкта. Вважається нормальною, робочою стадією, коли сили організму витрачаються в економному, виправданому за даних обставин режимі. Навіть часті навантаження, що мають місце на цій стадії, стають своєрідним тренуванням, підвищують стресостійкість організму.

2. Якщо проблема не вирішується, розвивається фаза *стенічної негативної емоції*, на якій виникає надлишок негативних емоцій, що мають активно-дійовий характер – гнів, лють, агресія. Ресурси організму витрачаються неекономно, у спробі досягти свого на карту ставиться все. Така поведінка призводить до поступового виснаження.

3. Фаза *астенічної негативної емоції* характеризується домінуванням емоцій, що мають пасивно-безсильний, занепадницький характер. Людиною оволодіває відчай, невір'я у можливість вийти із складної ситуації. У літературі з кризових станів зустрічаються описи випадків, коли людина застряє в цій фазі (так званий стан анапсіозу): не реагує на звернення та дії, уповільнює контроль над зовнішніми подіями, їй стають притаманними дії, неадекватні логіці подій, що відбуваються (Петрова, 2002; 2004).

Розвиток апатії, пасивності, іноді з кататоноподібними симптомами – найнесприятливіший варіант реакцій на тривалу стресову ситуацію. Людина припиняє притаманну їй активність, не бере участі у подіях, що відбуваються навколо, розцінює ситуацію як безнадійну (Психологія екстремальних ситуацій, 2001).

4. Остання стадія – *невроз*, зрив. Людина повністю деморалізована, вона змиралась із поразкою. Саме тоді приходять наслідки, які стрес залишає в організмі – депресія, початкові стадії психосоматичних захворювань, що можуть перейти із переважно зворотних порушень у стійкі.

У межах дисципліни «Життєві кризи особистості» буде розглянуто вісім окремих проблем, пов'язаних із тематикою, що вивчається. Дру-

га частина посібника включає розділи, присвячені кризам, викликаним внутрішніми чинниками. Другий розділ стосується вікових криз (а саме кризи дорослого та похилого віку, адже кризи дитинства та юнацтва детально вивчаються у курсі «Вікова психологія»). Третій – надає стислу характеристику феномену віктимності особистості – явищу, яке чималою мірою сприяє потраплянню суб'єкта в критичні ситуації різного плану. У четвертому розділі аналізується гомосексуалізм як криза ідентичності особистості, розглядаються можливості психотерапевтичної допомоги клієнту-гомосексуалу.

Третя частина посібника стосується криз, спричинених зовнішніми факторами, і розпочинається п'ятим розділом, присвяченим проблемі ВІЛ та СНІД. Шостий розділ уміщує одразу дві теми, тісно пов'язані між собою: перша з них – психологія та психотерапія учасників бойових дій, друга – психологічні аспекти тероризму. Сьомий розділ присвячено кризі вмирання – на прикладі онкологічного захворювання – та психології горювання. У восьмому розділі посібника йдеться про суїциди, їх превенцію та психологічну допомогу суїцидентам.

Остання частина посібника містить дев'ятий розділ, що розкриває професійні кризи особистості, не охоплені дисциплінами «Психологія праці» та «Організаційна психологія». Як бачимо, у межах даної дисципліни випущено значну частку криз, що стають приводом для звернення до психологів та психотерапевтів – різноманітні види криз у родинних стосунках, однак останні глибоко та детально розкрито у межах дисциплін «Сімейна психологія» та «Сімейна психотерапія», які викладаються на факультеті психології ДНУ на третьому та четвертому роках навчання.

Зауважимо ще раз, що вибір саме зазначених вище тем для вивчення зумовлено їх актуальністю та гостротою, а також відсутністю навчальних дисциплін, які розкривали б відповідну проблематику, в навчальній програмі магістрів психологічного факультету ДНУ.

### ДОДАТОК 1. Дебрифінг як метод психотерапевтичної роботи з наслідками кризових ситуацій та його можлива альтернатива

Як ефективну першу допомогу учасникам кризової події часто описують процедури дебрифінгу та схожого на нього диф'юзингу (Кравець, 2002; Лушин, 2005; Петрова, 2004; Ромек, 2005). «Дебрифінг кри-

тичного інциденту» (Critical Incident Stress Debriefing) був розроблений американським психологом Дж. Мітчелом у 1983 році для представників «небезпечних професій», до яких належать рятувальники, пожежники, поліцейські та інші. На даний момент метод дебрифінгу здобув визнання і серед кризових психологів.

Дебрифінг полягає у детальному розпитуванні людини про те, що відбулось, тобто у своєрідному інтерв'юванні, адже, як доводить терапевтичний досвід, у багатьох є природна потреба все розповісти. Рекомендується до проведення не пізніше ніж через 48 годин після інциденту.

Процедура складається з кількох елементів. В одну аудиторію збираються учасники події, їх просять поділитись своїми розповідями, вони обмінюються власними індивідуальними реакціями, а психолог висвітлює свою позицію, сутність якої – у визнанні нормальності будь-якої реакції у даній ситуації. Потім аналізуються наявні ресурси.

Для проведення дебрифінгу спеціалісти рекомендують розміщувати учасників (групу з 10–15 осіб) навкруги столу, що відрізняється від моделі традиційної групової терапії, коли стільці розставлені по колу з пустим полем посередині. Вважається, що пустота підсилює тривогу і може навіть сприйматись як загрозлива (Lebigot, 2001). Усі сторонні втручання (телефонні дзвінки, відвідувачі тощо) виключаються.

Важливим моментом процедури є поведінка терапевта: він повинен не лише слухати, а й перекладати почуте на мову модальностей (говорячи термінологією НЛП) – зорову, слухову, кінестетичну. «Якими були запахи? Що ти чув? Що відчував? Що бачив?» і так далі. Розпитування повинно бути спокійним, делікатним, проводитись у зацікавленій, проте не переляканій манері.

Нижче наводиться приблизна *структура інтерв'ю*.

1. *Вступ*. Терапевт відреккомендується, пояснює мету розпитувань.

2. Спочатку надається *опис* самої події й ставляться такі запитання: як ви дізнались про подію? Що відбувалось до неї? Де були ви?

3. Наступний крок – з'ясування *очікувань* людини: на що ви очікували і що відбулось насправді? Про що ви думали під час події? Що ви зробили і чому?

4. Далі з'ясовуються основні *враження*, викликані подією: які враження про те, що відбулось, лишилися у вашій пам'яті? Що ви бачили / чули, чого торкались, який відчували запах та смак?

5. Після встановлення вражень, отриманих за всіма каналами, терапевт розпитує свідка про його *почуття*: що було найжахливішим? Що ви відчували у той момент? Від чого було найбільісніше? Чи плакали ви? Чому ви плакали? Мета цієї стадії – надати людині можливість висловити навіть специфічний біль (наприклад, висловлювання про загиблого рідного: «мені було боляче, що лежало неприкрите тіло»).

6. З'ясовуються *наступні реакції*, які мали місце вже після травматичної події: як ви почуваетесь зараз? Окремо потрібно дізнатись про те, що відбувалось з людиною під час залишення місця подій: що відбувалось, коли вас привезли до лікарні? А коли ви вийшли з лікарні?

7. Стадія *нормалізації*: людині надається інформація щодо стадій ПТСР, про те, що всі її реакції є нормальними та закономірними.

8. Окреслення *перспектив*: чого ви і ваша родина зараз потребуєте? Ресурси, до яких ви можете звернутись?

9. Терапевт дякує опитуваному, вони прощаються.

Після завершення спеціалісти рекомендують звернути додаткову увагу на тих членів групи, хто викликає найбільше занепокоєння у терапевтів, можливо, поговорити з ними наодинці. Крім того, спеціалісти, які проводять дебрифінг постраждалих у кризовій ситуації, повинні обмірковувати шляхи профілактики виникнення у себе вторинної травматизації: заходи щодо самовідновлення, способи відреагування пережитих емоцій тощо.

Останнім часом у літературі з питання з'являються твердження щодо недостатньої ефективності дебрифінгу кризової події порівняно з когнітивно-біхевіоральними методами (Cognitive Behavioral Treatment, СВТ) психотерапевтичного впливу (Clark, 2004). Основними цілями, які ставить перед собою консультант, котрий практикує СВТ, є такі.

1. Удосконалення спогадів потерпілого щодо події: помічено, що для носіїв ПТСР притаманна наявність у пам'яті великої кількості окремих «уламків» спогадів, погано поєднаних між собою, присутність елементів, яких насправді не відбувалось, порушення пам'яті щодо порядку подій. Цікавий факт: люди, що переживають ПТСР, свідчать про нестерпні повтори епізодів травматичного досвіду (у вигляді «флешбеків» або нічних кошмарів), проте водночас відчувають значні складнощі, коли намагаються послідовно відтворити логіку події. Вже будучи врятованою після пожежі помешкання і перебуваючи у безпеці, жінка продовжує стверджувати: «Ми помремо, ми всі помремо», нібито продовжуючи переживати ситуацію пожежі в актуальному часі. Консультант намагається докласти зусиль, щоб інкорпорувати оновлену ін-

формацію стосовно потерпілого у його пам'яті: ви тут, я поряд з вами, ви живі, огляньте своє тіло (доторкніться до себе) – все на місці, ви не ушкоджені, я можу доторкнутись до вас, адже ви жива. Наведене вище твердження потрібно в ході консультацій замінити на «Я жива. Я поряд зі своїми дітьми».

2. Детекція та чітка деталізація сенсорної інформації щодо тригерів, які призводять до погіршення фізіологічного та психологічного стану. Відомо, що для тих, хто переживає ПТСП, притаманна генералізація стимулу: так, Девід Кларк описує жінку, яка знепритомніла у холі лікарні тому, що, як з'ясувалось пізніше, побачила зелену вазу, яка кольором повернула її спогадами до рятівників, які винесли з уламків будівлі її дочку (Ehlers, 2000). Це – кропітка, але вельми корисна робота, що за структурою нагадує техніку зняття якорів у НЛП.

### Завдання для самоконтролю до розділу «Вступ до дисципліни» та додатка 1

#### I. Доповніть твердження:

1. Згідно із класифікацією криз, вікові кризи є ...
2. Волонтери дніпропетровської клінічної лікарні, які працюють з онкохворими дітьми, помітили, що часто психологічної допомоги потребують батьки хворих: так, мати 8-річної дівчинки, хворої на рак крові, рідко реагує на звернення до неї, не бере участі у заходах, які організують волонтери, здається, вона взагалі втратила здатність до емоційного реагування на ту ситуацію, в якій перебуває вона та її дитина. На якій стадії тривалого стресу вона перебуває і яку назву має її стан?

#### II. Виберіть правильну(-і) відповідь(-і) до наведених нижче запитань:

1. Поняття «компетентність у часі» як характеристика зрілої особистості було розроблене:
 

а) К. Роджерсом;	в) З. Фрейдом;
б) А. Маслоу;	г) Н. В. Тарабріною.

2. Яку психотерапевтичну допомогу можна надати людині, що перебуває на першій стадії ПТСП?

- а) Допомогти відрелаксувати травму;
- б) запропонувати гіпнотичні техніки;

- в) уникати переводити травму на мову модальностей (НЛП);
- г) надати можливість детально розповісти про те, що відбулось.

3. На думку дослідників, представники урбаністичної культури більш схильні до психічних розладів, ніж традиційної. Як ви вважаєте, чому?

- а) Через нестачу кваліфікованої психологічної допомоги;
- б) через відсутність культурних інструментів психопрофілактики;
- в) через наявні дефектні культурні зразки горювання;
- г) через слідування традиційному укладу.

4. У психотерапевтичній практиці кризових спеціалістів зустрічаються два варіанти реагування на тяжку звістку. У першому випадку людина блокує емоції, у тому числі сльози. У другому – бігає, верещить, може битись в істеричі. Який тип реагування, на вашу думку, є складнішим і чому?

- а) Перший – колапс допомагає опанувати горе;
- б) другий – він більш енергійний і дозволяє відреагувати травму хоча б у первинній формі;
- в) обидва однакової складності.

5. Два місяці тому чоловік Олени отримав важку травму й залишився без обох ніг. Зараз поведінка Олени – це дуже активні дії: вона пише листи керівництву підприємства, де працював чоловік, відвідує офіс зі звинувачуваннями, вчиняє скандали щодо підвищення матеріальної компенсації. Сторонньому спостерігачу помітно, що Олена – «вся на нервах»: навіть в аптеці вона свариться із фармацевтами, в черзі за продуктами починає дратувати оточуючих розмовами про те, як важко їй жити й яке життя несправедливе. На якій стадії тривалого стресу вона перебуває?

- а) Стадії мобілізації;
- б) стеничної негативної емоції;
- в) астенічної негативної емоції;
- г) неврозу та зриву.

III. Уважно прочитайте твердження, наведені нижче. Поставте напроти твердження «П», якщо воно правильне, або «Н», якщо воно неправильне.

1. Онтогенетична криза зумовлюється винятково внутрішніми змінами, саме тому вона й отримала свою назву.

2. Стадія гострого стресу «калькуляції витрат» полягає в емоційній та когнітивній переробці ситуації, коли людина дає оцінку власним переживанням та відчуттям.

3. У Тетяни завтра іспит із психології. Вона розуміє, що недостатньо готова для нього, і береться за повторення. Проте «в голову нічого не лізе»: Тетяна настільки хвилюється, що не може нічого запам'ятати. Вона іде на кухню, робить собі солодку каву, випиває її з трьома тістечками, повертається до підготовки. Зараз вона почувається трішки заспокоєною, проте тепер нічого робити не хочеться: після солодкого єдине бажання – прилягти на диван перед телевізором. Вона дивиться серіал, читає журнал, потім (а вже дванадцята ніч) починає звинувачувати та докоряти собі: як же так? Що ж вона робить? Завтра іспит, а вона зовсім не готується! Вона кидається до робочого столу, проте ситуація повторюється. Поведінка Тетяни – типовий приклад уникнення як стратегії психологічного подолання.

*IV. Виконайте дію співвіднесення.*

1. Криза;	а) Шкода, заподіяна психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища;
2. ПТСР;	б) стан, при якому подальше функціонування особистості в межах минулої моделі поведінки виявляється неможливим;
3. Психотравма;	в) втручання, що має на меті послаблення та превенцію стресової реакції у людей, які перебувають у надзвичайній травматичній ситуації;
4. Психологічний дебрифінг;	г) психологічний стан, що виникає внаслідок травмуючих ситуацій, які виходять за межі звичайного досвіду людини та загрожують її цілісності; характеризується пролонгованим впливом, включає латентний період (виявляється в період від 6 місяців до 10 років після травми).

**Бібліографічний список**

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Смисл, 1991. – 299 с.  
2. Божович Л. И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Л. И. Божович // Вопр. психологии. – 1979. – № 4. – С. 22–34.

3. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.

4. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский. – Т. 4. – М. : Педагогика, 1984. – 432 с.

5. Гроф С. Надличностное видение / Станислав Гроф. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2002. – 237 с.

6. Гроф К. Неистовый поиск себя: Руководство по личностному росту и трансформации / Кристина Гроф, Станислав Гроф. – М. : ООО «Издательство АСТ», 2003. – 347 с.

7. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда / Эмиль Дюркгейм. – М. : Канон, 1996. – 432 с.

8. Життєві кризи особистості: науково-методичний посібник: у 2 частинах Ч. 1. Психологія життєвих криз особистості // Ред. рада: В. М. Доній, Г. Н. Гесен, Н. В. Сохань, І. Г. Єрмаков та ін. – К. : ІЗМН, 1998. – 360 с.

9. Калинин И. В. Психологический кризис с точки зрения личностного смысла / И. В. Калинин // Антикризисное поведение: сущность, проблемы, тенденции / Под общ. ред. Н. В. Калининой, М. И. Лукьяновой. – Ульяновск : ИПК ПРО, 2000. – С. 11–24.

10. Карпинский К. В. Опросник смыслового кризиса: моногр. / К. В. Карпинский. – Гродно : ГрГУ, 2008. – 108 с.

11. Кон И. С. Лики и маски однополюсной любви. Лунный свет на заре / И. С. Кон. – М. : ООО «Издательство «Олимп»; ООО «Издательство «АСТ», 2003. – 574 с.

12. Корюкин А. М. Личный опыт в Бесланской трагедии – лечебная перспектива [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.propsy.ru/ru/publications/index?group=46&publication=64>. – Загл. с экрана.

13. Кравец С. Интервью с Еленой Лопухиной 16 ноября 2001 года / С. Кравец, Е. Загряжская [Электронный ресурс] // Журн. практич. психологии и психоанализа. – 2002. – № 2. – Режим доступа: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20020209>. – Загл. с экрана.

14. Лебедев В. И. Личность в экстремальных условиях / В. И. Лебедев. – М. : Политиздат, 1989. – 304 с.

15. Либин А. В. Реакции на стресс – защита или совладание? / Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций / А. В. Либин, Е. В. Либина. – М. : Смисл, 1999. – С. 433–455.

16. Лушин П. В. Личностные изменения как процесс: теория и практика / П. В. Лушин. – О. : Аспект, 2005. – 334 с.
17. Лысогорская М. В. Внутриличностный ценностный конфликт как индикатор ценности жизни / М. В. Лысогорская [Электронный ресурс] // Пробл. соц. психологии. – 2005. – Вып. 2. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/articles/d8848.shtml>. – Загл. с экрана.
18. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А. А. Осипова. – Р н/Д : Феникс, 2005. – 315 с.
19. Петрова Е. О практике работы с утратой [Электронный ресурс] / Елена Петрова. – Режим доступа: [http://www.gestalt.sp.ru/noframes/articles/articles\\_14.htm](http://www.gestalt.sp.ru/noframes/articles/articles_14.htm). – Загл. с экрана.
20. Петрова Е. Травма и посттравматический синдром. Практика терапевтической работы (терапевтическое эссе) [Электронный ресурс] / Елена Петрова. – Режим доступа: [http://www.gestalt.sp.ru/noframes/articles/articles\\_15.htm](http://www.gestalt.sp.ru/noframes/articles/articles_15.htm). – Загл. с экрана.
21. Психология человека от рождения до смерти / Под. общ. ред. А. А. Реана. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2002. – 656 с.
22. Психология життєвої кризи / Відп. ред. Титаренко Т. М. – К. : Агропромвидав України, 1998. – 348 с.
23. Психология экстремальных ситуаций. Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. – М. : Харвест, 2001. – 480 с.
24. Путиловский Н. Личностный выбор как внутренний кризис / Н. Путиловский // Социальный кризис и социальная катастрофа (Сб. мат. конф.). – СПб. : Санкт-Петербургское философское общество, 2002. – С. 61–63.
25. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. – СПб. : Речь, 2005. – 256 с.
26. Росс Л. Человек и ситуация: уроки социальной психологии / Л. Росс, Л. Нисбетт. – М. : Аспект Пресс, 1999. – 429 с.
27. Руководство по телефонному консультированию. Работа с суицидом и кризисом / Под ред. А. Зуевой, Е. Лешуковой, Т. Лепеха. – М. : НПО «ЭГОС», 1994. – 22 с.
28. Слабинский В. Ю. Патоморфоз реактивных расстройств у пострадавших от катастроф / В. Ю. Слабинский // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 15. – С. 79–92.
29. Сукиасян С. Г. Стресс и постстрессовые расстройства: личность и общество / С. Г. Сукиасян, А. С. Тадевосян, С. С. Чшмаритян, Н. Г. Манасян. – Ер. : Асогик, 2003. – 348 с.

30. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
31. Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны / Н. В. Тарабрина // Психолог. обозр. – 1996. – № 1 (2). – С. 26–29.
32. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т. М. Титаренко. – К. : Либідь, 2003. – 376 с.
33. Физиология человека / Под ред. Г. И. Косицкого. – М. : Медицина, 1985. – 593 с.
34. Фромм Э. Человек для самого себя / Эрих Фромм. – М. : ООО «Издательство АСТ», 2008. – 352 с.
35. Хоф Л. Диагностика кризиса в интервью / Л. Хоф // Журн. практ. психологии и психоанализа. – 2006. – № 4. – С. 73–81.
36. Черепанова Е. М. Психологический стресс. Книга для школьных психологов, родителей и учителей / Е. М. Черепанова. – М. : Издательский центр «Академия», 1996. – 96 с.
37. Шихи Г. Возрастные кризисы / Гейл Шихи. – М. : Ювента, 1999. – 446 с.
38. Шутценбергер А. А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) / А. А. Шутценбергер // Вопр. психологии. – 1990. – № 5. – С. 94–106.
39. Эриксон Э. Г. Идентичность: юность и кризис / Э. Г. Эриксон. – М. : Прогресс, 1996. – 344 с.
40. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Д. : Арт-Пресс, 1999. – 164 с.
41. Ehlers A. A cognitive model of post-traumatic stress disorder / A. Ehlers, D. M. Clark // Behavior Research and Therapy. – 2000. – № 38. – P. 319–345.
42. Engdahl B. Posttraumatic Stress Disorder in a Community Sample of Former Prisoners of War: A Normative Response to Severe Trauma / B. Engdahl, Th. N. Dikel // American Journal of Psychiatry. – 1997. – № 154 (11). – P. 1576–1581.
43. Clark D. Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation / David Clark // Behavior Research and Therapy. – 2004. – № 42. – P. 1089–1104.
44. Gailiene D. The Psychology of Extreme Traumatization. The Aftermath of Political Repression / D. Gailiene. – Vilnius: Vaga Publishing House, 2005. – 230 p.
45. Kaplan Z. A Review of Psychological Debriefing after Extreme Stress / Z. Kaplan, L. Lancu, Bodner E. // Psychiatric Services. – 2001. – Vol. 52. – № 6. – P. 824–827.

46. Lebigot M. Psychological debriefing / M. Lebigot // Stress et Trauma. – 2001. – № 1(3). – P. 137–141.

47. White M. Narrative Practice and Community Assignments / Michael White // The International Journal of Narrative Therapy and Community Work. – 2003. – № 3. – P.17–53.

### Ресурси мережі Інтернет

1. Психологическая помощь в экстремальных ситуациях [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.buduemnow.info>. – Назв. с экрана.

2. Психология стресса [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.marks.on.ufanet.ru>. – Назв. с экрана.

3. Сайт Китаева-Смыка Леонида Александровича [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kitaev-smuk.ru>. – Назв. с экрана.

4. Украинский консультационный кризисный центр для молодежи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.krizisam.net>. – Назв. с экрана.

## Частина II КРИЗИ ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ

### Розділ 2. ВІКОВІ КРИЗИ

---

*Криза середини життя. Кризи зрілості та похилого віку. Смысло-життєва криза.*

---

Вікові кризи дитинства детально розглядаються в курсі «Вікової психології». У межах даного курсу зупинимось на вікових кризах дорослості та онтогенетичній кризі, тісно пов'язаній з ними.

*Криза середини життя.* Життя дорослої людини не є рівним шляхом. Традиційно вважають, що після юнацького віку людина сформована, технічно підготовлена до життя та вміє вирішувати проблеми, які на неї очікують. При цьому не враховується той факт, що і серед дорослих є ті, хто «тримається на плаву», і ті, хто втратив внутрішню рівновагу. Основне джерело неправильних уявлень щодо криз середнього та похилого віку – неврахування *активності* та постійного *розвитку особистості*.

На середину життя, як вважається, припадає розквіт активності та професійної діяльності людини, даний етап люди часто присвячують побудуванню кар'єри (Психология человека от рождения до смерти, 2002). У цьому віці збільшується потреба у соціальному визнанні, формується особлива сенситивність до соціальних оцінок. Втіленням вищезазначеного творчого розвитку у, так би мовити, кризовому варіанті, є така статистика: згідно з дослідженнями Еліота Жака (який, до речі, був першим, хто ужив словосполучення «криза середнього віку»), рівень смертності обдарованих людей коливається між 35 та 39 роками (як приклад, можна проаналізувати історії Маяковського, Єсеніна, Пушкіна, Моцарта та ін.). Тридцять сім років – вік смерті художників та трудоголівів (Стренгер, 2008).

Ця криза часто називається кризою першої зрілості. Для людини стає дуже важливою близькість – не тільки фізична, а й моральна, можливість піклуватись про іншу людину, ділитися з нею тим, що турбує, без страху втратити себе. Якщо людина ще не знайшла свою другу половину, прояв цієї потреби може відбуватись у дружбі. Серед негативних тенденцій спостерігаються зануреність у себе, переживання застою. Людині вперше починає здаватись, що все позаду, що її власне життя вщухає.

Формується потреба передачі свого досвіду іншим, наставництва. Першим досвідом опредмечування цієї потреби стає виховання своїх дітей або керівництво. У цьому віці батьки починають більше оберігати своїх дітей та приділяти їм більше уваги (Еріксон, 2008).

*Нормативна криза середини життя* (близько 30 років) зумовлена розходженням між ідеальною моделлю «мрії» образу життя та реальністю. Людина починає усвідомлювати, що створена нею модель світу у потенційному її розвитку не збігається з навколишньою дійсністю. Це особливо сильно стосується чоловіків: вони очікують, що з тридцятиріччям життя стане стабільним та розміреним, а поряд буде «правильна» жінка (Психология человека от рождения до смерти, 2002).

Шляхами виходу з цієї кризи спеціалісти називають особистісно-смыслову перебудову, корекцію та перегляд життєвих планів та образу життя. У протилежному випадку, поховавши і так і не усвідомивши свої надії, людина змушує інших платити за свої помилки.

*Перехід до зрілості* (близько 40 років) також визначають як нормативну кризу розвитку, його часто називають «переломом життя». Психологи визначають його як старість нашої юності та юність нашої старості (Юнг, 1994). Цей час позначений піком розлучень та сімейних скандалів, піком зміни діяльності – люди залишають стару роботу та починають щось нове, тотально переглядають характер стосунків з оточуючими людьми та світом. Даний період позначений сплеском невротизації, звернень до лікаря, появою нових захворювань.

Накопичується певний потенціал змін, що призводить до переживання так званої мотиваційної кризи, пов'язаної з послабленням або відмовою від керівного життєвого мотиву. Вдруге у житті кожному з нас удається вибрати нову життєву програму. Людина грає багато ролей: наприклад, жінка грає ролі матері, коханки, друга, професіонала – у кожній з цих ролей накопичуються певні помилки і з'являється можливість її перегляду (Психология человека от рождения до смерти,

2002). Візьмемо роль матері: змінюється дуже багато, діти виросли, починаються роки відділення, коли дитина, навіть зберігаючи добрі стосунки з батьками, йде у своє життя. Це – сприятливий варіант, коли у дитини обоє батьків, коли родина щаслива, у жінки є чоловік. Коли дитина йде, подружжя залишається удвох і виявляється, що їхнім стосункам також потрібна ревізія. Саме на цей час припадає мінімальна задоволеність шлюбними стосунками. Ролі коханців, тобто сексуальні стосунки, які раніше добре цементували подружжя, зараз також потребують перегляду.

Сорокаріччя зазвичай супроводжується зниженням фізичних сил та можливостей. У цьому віці вперше приходиться усвідомлення втрати молодості та реальності смерті, людина переживає так звану «символічну смерть» молодості, зокрема, відбувається зміна сприйняття часової перспективи (Юнг, 1994).

Найважливіше – людина ставить собі запитання, якого всі намагаються уникати, адже мало хто має відповідь на нього: заради чого я живу? Чи все я роблю з того, що повинен робити?

Варто зауважити, що в Америці дуже серйозно ставляться до кризи середнього віку, і дуже багато психологів працюють із клієнтами, які звертаються саме з цією проблемою (Lachman, 2001). Постає запитання: що психолог може зробити для людини з таким запитом? Як правило, люди не можуть сформулювати, що з ними відбувається, чому збільшується незадоволення собою та оточуючими, хоч, судячи із зовнішніх ознак, усе в порядку – як у родині, так і на роботі.

Часто ми не знаємо ту ціну, яку людина сплачує за виконання всіх своїх соціальних ролей та зобов'язань. Дуже часто вона придушує свої реальні потреби: в духовності, в спілкуванні, в тому, щоб знайти щось саме для себе, для своєї особистості. І – непомітно для оточуючих і для неї самої – зростає внутрішня напруга, зумовлена такою неувагою до себе, бажанням утримати відчуття захищеності та безпеки через відмову від ризику та подальшого розвитку.

Існують певні гендерні розбіжності у переживанні кризи сорока років. Згідно із статистикою, з 1950 року рівень самогубств в Англії, Франції, Норвегії, Новій Зеландії, Австралії та Америці серед чоловіків до 45 років зріс удвічі, а серед жінок цього віку та серед осіб похилого віку обох статей знизився (Рецессионный суицид, 2009).

Для пояснення такого «фаталізму» з боку чоловіків слід послатись на певну статеву міфологію. Жінки краще треновані вмирати та

воскресати: багато що у жіночому житті, наприклад, народження дитини, – це зовсім інше життя, коли ніколи вже не буде так, як раніше. Це – втрата себе минулої. Тому, мабуть, жіноча криза середини життя дещо м'якша: жінки більше треновані долати біль, як фізичний, так і душевний (Естес, 2008). Втрата свіжості, привабливості дозволяє жінці не помічати більш важливих, глибоких переживань та переосмислень. Чоловіки, навпаки, виховані підкоряти, перемагати, бути завойовниками.

Цікавим дослідженням ірраціональності контракту між чоловіком та жінкою є робота соціолога Філіпа Слейтера. Він установив, що стосовно жінок чоловіки засвоїли те, що було у лицарів-аристократів стосовно селян. «Якщо ви годуватимете мене, то я захищатиму вас». В якийсь момент контракт перетворюється на рекет: «Дай мені те, що я хочу, і я захищатиму тебе від себе» (Шихі, 2005; Slater, 1990).

Вихід із негативних переживань, зумовлених переліченими вище факторами, полягає у втіленні зростаючої потреби у продуктивному самовираженні, індивідуалізації, необхідним є формування самодостатності та незалежності. На цьому етапі особистість знову потребує смислової перебудови та змін особистісних ставлень, перебудови ієрархії мотивів.

Факторами, що можуть впливати на маскування життєвої кризи, яка переживається, є такі.

1. Люди сфокусовані на інших проблемах. Наприклад, людина пережила стрес, пов'язаний з якоюсь дуже важкою хворобою, і вся увага була сконцентрована на ній.

2. У людини відбувається придушення своїх потреб, вона нібито не дає собі можливостей думати про те, що їй потрібно як особистості, тільки пасивно пливе життям і нічого активно не змінює. Наслідки такого вибору – особистісна деградація та регресія.

3. Людина постійно займається саморозвитком, постійно коректує свою психологічну програму. Тоді зміна ролей не сприймається як кризова (Психология человека от рождения до смерти, 2002).

Дуже важливим є момент придушення себе. Найяскравішим тут є приклад астеників, яких, згідно зі статистикою, 6 % населення (Медик, 2009). Вони не наважуються «жити на повну», дуже боязні та делікатні – такі вони дуже зручні для інших, але дуже погані для себе. Часто вони стверджують: «У мене немає цієї кризи», але зовнішня відсутність кризи є результатом придушення своїх потреб. Вони щедро віддають себе оточуючим, не залишаючи собі нічого.

*Зрілість* переживається як вершина життєвого шляху. Часто цей період поділяють на декілька окремих періодів: передпенсійний вік, період виходу на пенсію, період власне старості та довгожителство. На всіх цих стадіях специфіка переживань дещо відрізняється.

Ставлення до власного старіння – активний елемент психічного життя у пізньому віці (Шахматов, 1998). Провідною діяльністю даного етапу називають або колективну виробничу діяльність, або особливу внутрішню роботу, спрямовану на прийняття свого життєвого шляху (Лидерс, 2000). Основні завдання на цьому етапі полягають у збереженні подружніх стосунків, вихованні дітей, досягненнях у кар'єрі, розвитку форм дозвілля та хобі, прийнятті та пристосуванні до змін в організмі (Психология старости и старения, 2003). Спеціалісти умовно розрізняють два типи ставлення до виходу на пенсію, які – разом з іншими подіями (смерть чоловіка або дружини, вимушене переселення) свідчать про сприятливий або несприятливий плін подальшого життя (Анциферова, 1994). Звичайно, творчі люди легше переживають старіння: з ними залишається їх улюблена справа, накопичений досвід та мудрість.

Людам даного віку притаманне прагнення будь-яким способом підтвердити свою значущість («поки я роблю щось корисне для оточуючих, я буду вимагати до себе поваги»). Основна потреба цього віку – переконатись у цінності прожитого життя. Відповідно, фокус уваги пересувається на минуле. У пізній зрілості формується новий тип Его-ідентичності, що базується на підведенні підсумків свого минулого життя, усвідомленні його як єдиного цілого, яке вже не можна змінити. Для людини похилого віку практично вичерпані можливості змін на своєму життєвому шляху, але вона може безкінечно багато працювати над ним внутрішньо, в ідеальному плані. Якщо людина не може звести свої вчинки в єдине ціле, то завершує життя у страху перед смертю та відчаї від усвідомлення неможливості почати життя спочатку. Тенденція, яка часто спостерігається, полягає у прагненні чіплятись за найкраще, що було (і чого не було) в житті. Останнє зумовлене і послабшенням емоційної сфери людей похилого віку, звідки прив'язаність до минулого, життя під владою спогадів. Сприятливий варіант ставлення до свого життєвого шляху – спокійне, споглядальне, з самодостатньою життєвою настановою на теперішній час.

Одним із найяскравіших переживань стає стареча заклопотаність (її варіантом, як не дивно, є емоційна відстороненість). Вона грає роль своєрідної готовності до фрустрації, допомагає уникнути сильних емо-



ційних сплесків у справді критичних ситуаціях (як свідчать дослідження, ситуація смерті переживається молодими людьми значно гостріше, ніж людьми похилого віку (Психологія старости и старения, 2003; Dasey, 2003; Lachman, 2001). Переживання стурбованості додає гостроти суб'єктивній картині теперішнього, є одним із способів структурування часу. Багато вчених вважають, що форми поведінки, які традиційно приписують людям похилого віку – різкі реакції, схильність до роздумів, замкненість, критика оточення – можна розуміти як способи боротьби із страхом та занепокоєнням (Абрамова, 2001; Лідерс, 2000; Хухлаєва, 2006 та ін.).

Негативними проявами вікової депресії є: іпохондрична фіксація, ідеї щодо утисків, тенденції до вигадок про свою значущість. Людина постійно прислуховується до болісних симптомів, жваво обговорює їх з оточуючими. Можливе зверхцінне ставлення до медичних препаратів та способів лікування. Ставлення оточуючих здається несправедливим. Людині здається, що всі навкруги її гноблять – морально і фізично. Основне почуття – образа, а думка – «мене хочуть позбавитись». Людина похилого віку прагне розповідати дійсні епізоди її життя із перебільшенням власної участі або навіть цілком створює їх (Шахматов, 1996).

Складними та неоднозначними є подружні стосунки. У цей період шлюб більше, ніж раніше, визначає коло спілкування, спрямованість діяльності, слугує джерелом втіхи, підтримки та душевної близькості. Спілкування подружжя похилого віку ускладнюється «загостренням» особистісних рис, погіршенням характеру в цілому, зниженням соціального контролю. Самотнє життя удвох, збіднене на враження, часто затьмарене взаємними образами, претензіями одне до одного, розчаруванням через відсутність уваги та турботи.

У пізньому віці підвищується роль братів та сестер; відчуття покинутості, поглиблене втратою багатьох соціальних ролей, може бути компенсоване дружньою участю та увагою.

Особлива провідна діяльність останнього етапу даного вікового періоду – підготовка до смерті. Часто вона виражається у залученні до релігії, частому відвідуванні кладовища, розмовах із близькими про заповіт. Тому так важливо для людей похилого віку слідування ритуалам, пов'язаним зі смертю та вмиранням. Людина нібито намагається довести оточуючим: «Я жив не марно». Тій же меті підпорядковані нові інтереси, що часто притаманні людині даного вікового етапу: звернення

до природи, прагнення вдовольнитись малим, бути корисним – слабким або тваринам (Шахматов, 1993).

Стосовно суїцидів, дослідниками встановлено, що на дану вікову групу припадає 25 % суїцидальних актів, проте зауважується, що істинна кількість самогубств значно вища тієї, що декларується, адже у цьому віці люди маскують суїцидальні наміри тим, що буквально морять себе голодом, передозовують або плутають ліки тощо (Медик, 2009).

*Смисложиттєва криза.* У літературі з питання неодноразово обговорюється ідея, згідно з якою всі нормативні (вікові) кризи, починаючи з кризи юнацького віку, є смисложиттєвими (Адлер, 2007; Карпинский, 2008; Шихи, 2005). Хоч кожна з них характеризується своєю індивідуальною специфікою, існує дещо, що їх поєднує, а саме – необхідність переосмислення та перегляду особистістю свого життєвого шляху, рефлексія, без якої неможливі подальший розвиток. Тому будь-яка криза середнього, похилого або старечого віку супроводжується змінами та переформулюванням смислу життя, що визначає загальну спрямованість існування суб'єкта.

Неправильно думати, що будь-який смисл життя може забезпечити прогресивний поступовий розвиток особистості та підтримувати високий рівень психічного здоров'я людини. Так, розрізняють адекватний та неадекватний, конструктивний та деструктивний смисл життя. За умови оптимального вирішення смисложиттєвої кризи відбувається перебудова смислової сфери особистості із переорієнтацією на нові життєві цілі, а життєва позиція корегується таким чином, що продуктивність життєвого шляху збільшується. При деструктивному варіанті розв'язання проблеми переформулювання життєвого смислу криза затягується, стає джерелом психічної деформації та деградації особистості.

Відомий дослідник кризи смислу життя В. Франкл та його послідовники пропонують розрізняти дві стадії у розвитку синдрому безглузності: екзистенційний вакуум (або екзистенційну фрустрацію) та екзистенційний невроз (Паттакос, 2009; Франкл, 1990). Відчуття безглузності з'являється та стає чіткішим на першій стадії, на другій – сягає своєї кульмінації у вигляді нерозв'язної кризи. Але невроз зовсім не обов'язково слідує за екзистенційним вакуумом, частіше переживання першого етапу приводять до активного пошуку, усвідомлення раніше прихованих джерел смислу, перебудови ієрархії цінностей.

**ДОДАТОК 2. Ф. Фанч «Перетворювальні діалоги:  
підручник із практичними техніками  
сприяння особистісним перетворенням» (скорочено)<sup>2</sup>**

«Перетворювальний процесинг» – діяльність, у ході якої людину заохочують змінити її стосунки зі світом. Фасилітатор встановлює, в який спосіб клієнт уявляє собі та структурує світ, та змінює це уявлення на краще для нього. Мається на увазі, що ми прагнемо тільки тих змін, які корисні людині та зберігають її цілісність.

*Принципи*

1. Цінність будь-якої інформації залежить від того, хто її використовує, в якій ситуації і з якою метою. «Краща» правда та, яка підпорядковує речі більш корисним для особистості способом.

2. Більш фундаментальні, ширші та корисніші істини, як правило, простіші. Складність вказує на уникнення основних істин. Мається на увазі, що в будь-якій складній ситуації можна знайти простіші істини, якщо шукати ретельніше.

3. Переконавання доводить себе само. Про жодне переконавання не можна казати, що це абсолютна істина, адже можна довести будь-яке з них. Єдина реальна оцінка переконавання – наскільки воно корисне для людини.

4. Природний стан людини – цілісність. У людей є всі потрібні їм здібності та знання. Якщо здається інакше, то це через те, що людина сприймає себе потрошеною на частини, яких не усвідомлює.

5. Особистість є причиною всього, що з нею відбувається, проте може не усвідомлювати цього. Особистість не є своєю поведінкою. Ми вважаємо особистість окремою від того, що вона робить або створює. Це дозволяє змінювати щось небажане. Немає таких негативних рис, які просто повинні бути в особистості: все, що можна сприйняти, можна змінити.

6. Кожний глибоко всередині – хороша людина, він робить те, що робить, адже бажає добра, розваг, радості тощо. Немає чого жити з негативними рисами та придушувати їх. Все, що особистість створює для себе, робиться з хорошою метою та не випадково. В особистості немає таких частин, які потрібно тільки відрізати та викинути, ми повинні ставитись до всіх частин особистості з повагою та розумінням.

<sup>2</sup>Наведена праця включає чіткі інструкції та зручний інструментарій для роботи саме з колом питань, характерних для клієнта, який переживає вікову кризу.

*Семантичні реакції.* Якщо людина не помічає або не сприймає того, що насправді відбувається, а реагує, керуючись своїми думками та почуттями, то раніше або пізніше стикається з реальністю. Уявлення про те, що повинно бути, зберігається у підсвідомому, а особистість не усвідомлює, на що очікує, і просто діє та реагує, нібито це реальність. Коли відкривається справжня реальність, виникає конфлікт.

Заздалегідь зроблені висновки про те, що «щось чимось є», мають назву *фіксованих ідей*. Якщо особистість сприймає світ через призму своїх фіксованих ідей, то намагається взаємодіяти з тим, чого насправді немає. За допомогою розкриття прояснюються відповідні семантичні реакції.

Якщо А говорить слово, наприклад, «довіра», у його реальності до цього слова прикріплене певне значення: у нього були певні переживання з цієї теми, він зробив певні висновки про довіру, в нього є певні фільтри сприйняття, пов'язані з «довірою». Для нього значення цього слова – все, що пов'язане з «довірою» в його власній реальності. За каналом спілкування переміщується не те, що пов'язане в А з цим словом, і не те, що він мав на увазі. Відстань пересікають символи. Коли Б чує слово або речення, він тлумачить його, керуючись власним досвідом, сприйняттям та переконаванням. Він може додати до словесної інформації несловесну, наприклад, мову тіла; він може уявити, що може матись на увазі. В будь-якому разі, Б сам приписує слову або реченню певний зміст. Якщо ви вживаєте слова, що означають абстрактні якості, наприклад, «довіра», «любов», «правильно», «неправильно» тощо, різні люди сприймають їх у по-різному.

*Вправи на навчання майстерності передачі повідомлення*

1. Студент та тренер спочатку стоять поряд. Студент говорить «добридень» тренеру. Якщо тренер відчуває, що повідомлення насправді дійшло до нього, він говорить «добре». Якщо ні, він ігнорує «добридень» або пояснює помилку. Коли «добридень» доходить на невеликій відстані, тренер відходить далі. Він починає звертати увагу на щось інше і не дивиться на студента. Студент повинен добитися уваги тренера за допомогою «добридень». Завдання ускладнюється до тих пір, поки студент не зможе добиватись уваги тренера, коли той перебуває на відстані або зайнятий чимось іншим. Мета не в тому, щоб кричати, а в тому, щоб передати повідомлення саме з тією силою та наміром, які потрібні. Можна «пробитись» до іншої людини, навіть не підвищуючи голосу.

Тим, у який спосіб ви отримуєте повідомлення, ви керуєте потоком повідомлень клієнта. Ви можете почати або припинити повідомлення, спрямувати клієнта до певного емоційного стану, змінити тему, провести переосмислення, вивільнити прихований матеріал тощо. Ви повинні буди активним отримувачем: ви керуєте потоком уваги та спілкування клієнта.

2. «Нісенітниця». Тренер говорить нісенітниці, що звучать осмислено, а студент повинен давати доречну відповідну реакцію та підтверджувати отримання повідомлення, нібито йому насправді щось говорить. Іншими словами, йому потрібно зберігати взаєморозуміння з тренером, демонструючи, що його слухають та розуміють. Отже, студент повинен звертати увагу на те, *як* щось говорить, а не на зміст. Теоретичні міркування про те, що правильно, а що ні, мало допомагають людині. Важливо працювати з тим, що вона відчуває.

... Не варто ставити запитання, які примушують клієнта погодитись із чимось не дуже корисним. Не ставте запитання, в яких мається на увазі, що він – безпорадна жертва, і що поліпшити щось важко. Ваші запитання повинні нести повідомлення про те, що клієнт є причиною подій у своєму житті і що до поліпшення дуже близько.

*Вплив на клієнта.* Одне з основних правил полягає в тому, що фасилітатор повинен бути неупередженим. Неупередженість не означає, що ви не впливаєте на клієнта, вона означає, що ви не стаєте на чийсь бік, не віддаєте перевагу одній крайності перед іншою, не пропагуєте якісь конкретні ідеї або образ дій як правильні. Ви дозволяєте клієнту бути таким, яким він є, і бажати того, чого бажає він, ніяким чином не оцінюючи це.

*Сприйняття та фільтри сприйняття.* Немає необхідності позбавлятися одразу всіх фільтрів. По-перше, ми просто маємо намір допомогти людині отримати корисні фільтри замість тих, які слугують їй не дуже добре. По-друге, треба заохочувати людину йти шляхом подолання своїх обмежень, поступового відкидання своїх фільтрів та переживання більшої частини реальності.

Не треба погоджуватись із клієнтом, що минуле не можна змінити. Багато людей несуть у собі переконання, що вони повинні бути пригніченими, адже у них «було важке дитинство», «немає освіти», батько не любив їх тощо. Насправді ж минуле – лише виправдання того, як людина потрапила у теперішню ситуацію. Здається логічним, що ви – саме такий, який є, адже минуле «доводить», що ви сюди потрапили. Не треба повністю знищувати цю ідею, адже інколи вона корисна. Але потріб-

но привести клієнта до більшого контакту з минулим: контакт із позитивними та приємними речами, які відбулись у минулому, може бути хорошим ресурсом для нього. А «негативні» події минулого варто перетворити на уроки. Можна піти далі та додати ресурси до минулого: наприклад, попросити клієнта подивитись, яким було б його життя, якби він був упевненішим у собі, більш заповзятливим, сміливішим тощо. Уявлення альтернативного способу здійснення життєвого шляху впливає на самопочуття клієнта сьогодні. Можна знайти минулі та майбутні версії особистості та поговорити з ними, попросити поради або просто затоваришувати. Можна допомогти минулому Я подолати важку ситуацію, дізнатись від майбутнього Я, що воно зробило, щоб подолати теперішні проблеми, та використати цю пораду сьогодні.

... Найбільше, що ви можете зробити для клієнта, – це показати йому, що він створює власну реальність, що він є її причиною. Якщо він діє як причина, він може сам визнати, що йому потрібно робити. Більшість клієнтів приходять із бажанням позбавитись чогось. Вони ще не знають, що хочуть втратити частину себе. Не варто приймати на віру історію про те, що клієнт – жертва того, чого йому треба позбутись. Особистість створює свій світ. Немає «якогось іншого місця», куди б можна було щось викинути. Фасилітатор може перетворювати, поєднувати, видозмінювати. Але якщо він намагається відкидати та позбавляється, буде тільки заперечувати те, що сам створює.

Може здаватись, що щось зникло, адже після успішного прояснення оригінальної ситуації його вже немає. Але так відбувається не тому, що певної характеристики позбавились, а тому, що вона перетворилась на щось краще. Те, чого ми «позбавляємось», – це непорозуміння, нерозбериха, машинальність, спантеличеність тощо.

*Вправа.* Випишіть кілька проблем, які були у вашому житті і які ви перетворили на свої ресурси, коли вирішили.

... Реальний світ складається не зі слів і не з символів. Все, що можна сказати за допомогою слів та символів, не є реальним світом. Неможливо якимось точно сказати, яким є реальний світ. Що б ви не сказали, він не такий. Реальний світ – це те, що знаходиться тут саме зараз. Прирівнювання його до слів, спогадів або сподівань тільки позбавляє його яскравості. Його потрібно сприймати, а особливо – відчувати. У реальному світі немає нічого неправильного. Він містить те, що ви вкладаєте в нього зараз. Якщо щось неправильно, це – не реальний світ. Світ, де щось неправильно, – це примарний світ помилок.

*Вправа.* Поясніть на прикладах різницю між картинами світу та сприйняттями.

... Не потрапляйте до пастки пошуку обґрунтувань разом із клієнтом – це ведмежа послуга для нього. Не шукайте відповідних та «логічних» причин того, чому клієнт так заплутався. Шукайте те, що не обґрунтоване. Не звертайте уваги на всілякі виправдання да дотримуйтесь своєї думки, що це нелогічно. Не оцінюйте і не спростовуйте. Коли ви помітили певну нелогічність, не оцінюйте її як хорошу чи погану, зауважте на ній і завжди тримайте вихідну особистість клієнта за межами цього: він це *робить*, але не *є* цим. Ми завжди вважаємо, що людина за своєю природою розсудлива і коли зрозуміє, що робить, то приведе все до ладу.

Ось декілька інструментів, що використовуються найчастіше.

- Діалог: обговорення проблеми, розгляд її з різних позицій, націлювання на те, що відбувається.
- Відслідковування нелогічностей: дослідження та заперечення нелогічних тверджень, виявлення механізмів, що лежать в їх основі.
- Переосмислення: заохочення людини побачити щось в іншому світі.
- Розфіксування: розкріпачення фіксованих ідей.
- Повторне переживання: прояснення кінестетичних реакцій за допомогою переживання подій по-іншому.
- Рекурсія: повторення тієї ж дії або запитання, щоб вичерпати реакції на неї.
- Поєднання протилежностей: об'єднання протилежних частин особистості.
- Повернення втрачених частин: відновлення втрачених частин особистості.
- Процесинг сприйняття: виділення та зміна сприйняття, пов'язаного з проблемою.
- Процесинг сутностей: робота з явищем як із живою та незалежною одиницею.

Найефективніший підхід до роботи – мати на увазі у ваших запитаннях ту реальність, просування до якої найкраще слугуватиме вашому клієнту. Тут не йдеться про вашу особисту оцінку, цей підхід не заснований на певній моралі або теорії, це – природний шлях до збільшення гнучкості та свободи клієнта. Єдине, на чому варто наполягати, – такі речі, як цілісність, позитивність, причинність.

Прояснити те, що значать символи, використовувані людиною, – проста та потужна техніка. Можна просто запитати: «А що це означає?» або «Як ти визначаєш слово ...?». Ідея в тому, щоб слова були пов'язані з якимись реальними переживаннями та сприйняттями людини. Якщо вона говорить: «Я люблю свою родину», не можна вважати, що ми знаємо, що це означає, і що вона теж знає про це. Що означає для неї «любов»? Що вона робить, коли виражає любов, що переживає? Звісно, прояснити значення має смисл тільки в тих питаннях, які особливо важливі для клієнта, тобто в тому, чого він бажає і з чим у нього проблеми.

Прояснити бажаний результат – часто все, що потрібно клієнту. Наприклад, він може сказати: «Я хочу бути щасливим». З'ясуйте, що мається на увазі. Як вийшло так, що він ізольований від того, щоб бути щасливим? Якщо він насправді хотів би бути щасливим та був поєднаним з цим бажанням, він просто був би щасливим. Але він нещасний через те, що вибудовує певні структури, які утримують його від того, чого він бажає. Розв'язок того, як він це робить, можна знайти, прояснивши, що він має на увазі. Що значить «щасливий»? Що він переживав би, якби був щасливим? Що б він робив? Із чим пов'язане це бажання, як він цього хоче? Це відчуття? Що він робить у зв'язку із ним?

Скарги прояснюються аналогічно. «У мене проблеми у стосунках» не обов'язково має смисл. Потрібно з'ясувати, що значать ці слова. Що значить «проблеми»? Як вони сприймаються? Що таке стосунки? Хто до кого ставиться і як?

*Пробіли та викривлення.* Коли людина говорить, вона пропускає велику кількість матеріалу. З самої природи мови говориться не все. У словах та реченнях зауважуються застигли символи, пов'язані з тим, про що йдеться. Це дає можливість зрозуміти, що має на увазі інша людина, але не все. Те, що говориться відкрито, – це поверхнева структура, те, що людина усвідомлює найкраще. Є глибша структура, яка точніше представляє те, що відбувається. Глибока структура – навряд чи набір слів. Це, скоріше, набір сприйнятих, відчуттів, ідей тощо. Варіанти пробілів можуть бути такими.

1. Простий пробіл: пропущені подробиці, не включена рушійна сила або предмет діяльності.
2. Узагальнені посилення: узагальнені люди, речі або події, не говориться, що це конкретно.
3. Пробіли у порівнянні: робиться порівняння, але не визначається, з чим.

4. Втрата виконавця: пропущений авторитет, джерело або виконавець, оцінки або судження даються без джерела.

5. Зауваження на необхідності: говориться, що людина повинна / не повинна, зобов'язана / не зобов'язана робити, що необхідно, що потрібно зробити, при цьому пропущені точні причини та наслідки.

6. Зауваження на можливості: говориться, що людина може / не може, могла б / не могла б, зможе / не зможе щось зробити, при цьому випускаються причини.

7. Причина та наслідок: зауважується, нібито одна людина є причиною стану іншої, без подробиць про те, як перша це робить, і нібито друга не може з чим нічого зробити. Не включається власне авторство.

8. Зауваження на загальності: щось узагальнюється як таке, що відбувається завжди або ніколи. Уживаються такі слова, як «все», «завжди», «весь час», «ніколи», «ніхто», «кожний», «жоден», «тільки». Подробиці та винятки випущені, немає контрприкладів.

9. Неуточнене дієслово: узагальнене дієслово, яке не описує, що відбувається насправді (наприклад, «довіряти», «любити», «подобатись», «підтримувати», «допомагати»), пропущені конкретні дії – що відбуваються та бажані.

10. Читання думок: людина заявляє, що знає внутрішній стан когось іншого або очікує від когось знання власного стану. Скоріш за все, це здогадка або, щонайменше, випущені подробиці, яким чином це відомо.

11. Перетворення дієслів на іменники (номіналізація): слова, що описують процеси (дієслова), перетворені на речі (іменники). Людина думає про щось, як про застиглу річ, тоді як насправді це дія, що відбувається зараз.

*Фіксовані ідеї* – це застигле уявлення, відірване від відповідної ситуації, що використовується без будь-якої перевірки. Це думка, яка береться як вічна істина та ніколи не переглядається. Могутність фіксованої ідеї полягає в тому, що вона невідчутна і відірвана від відповідної ситуації. Це значить, що вона може застосовуватись у широкому колі ситуацій та здається відповідною багатьом ситуаціям. Вона стає правилом, яке застосовується будь-де. Нижче наводяться деякі типи фіксованих ідей.

▫ Припущення: інформація, яку людина вважає за істинну, не замислюючись про це, і яка ніколи не перевіряється, приховані припущення.

▫ Необхідності: те, що *повинно* бути тільки так, або *не може* бути так. Якщо не додержані певні правила, очікуються погані наслідки, які не уточнюються.

▫ Шаблони поведінки: шаблони ролей, дій, ставлень, які людина автоматично охороняє. Нав'язливі шаблони поведінки.

▫ Переконавання: основні правила про світ, за якими живе людина, не усвідомлюючи, що вона їх вибрала.

▫ Правота: нав'язлива потреба робити себе правим, а інших – неправими.

*Основні способи розфіксування ідей.* Визначте, як конкретна ідея слугує людині. Часто у відповідь на це запитання людина видає довгий перелік того, у чому фіксована ідея корисна для неї. Далі наводяться варіанти запитань для роботи з фіксованою ідеєю: чого ... допомогла тобі досягти? Що ... допомогла тобі передбачити? Що ... дозволяє тобі робити? Що ... дозволяє тобі мати? Ким ... дозволяє тобі бути? Що правильно в ..? Які переваги ..? Як можна використати ... проти інших? Чи ставить ... інших у невідгідне становище? До чого ... тебе привела? З чого ... тебе вивела? Рішенням чого була ..? Що ... вирішила?

Залежно від того, яка це фіксована ідея, дослідження її наслідків може бути основним завданням, а може і не відбуватись. Воно особливо корисне для тих фіксованих ідей, коли людина *повинна* або *не може* щось робити. Зазвичай людина не досліджувала насправді остаточні наслідки слідування або неслідування тому, що вона стверджує. Ми прагнемо того, щоб людина навчилася обмірковувати цю ідею. Для цього їй потрібно вміти зіставляти її з іншими ідеями та різними ситуаціями. Проблема з'являється тоді, коли людина автоматично реагує на певну ситуацію, не плануючи цього свідомо або не приймаючи рішення, відчуває певні почуття та вдається до певних дій. Добре, якщо реакція дає бажаний результат. Якщо ж вона неефективна, ми говоримо про небажані реакції. Зазвичай реакція засновується на інформації, отриманій в іншому місці та в інший час. Або людина сприймає ситуацію зовсім не такою, яка вона є, і реагує на основі зовсім іншої реальної або вдовоної ситуації. У будь-якому разі, якщо ваша реакція непотрібна або неприємна, її варто прояснити. Можна встановити, з чим насправді пов'язана реакція, можна знайти відповідну їй ситуацію, можна вибудувати чіткіший спосіб реагування, що краще відповідає даній ситуації.

Вплив події на людину визначається тільки тим, яким чином вона її переживає та який смисл їй приписує. І те, й інше підвладне людині, навіть якщо вона не усвідомлює цього. Якщо спосіб, яким людина пе-

режила подію, не дає їй користі, потрібно перебудувати переживання. Повторне переживання змінює подію: ми говоримо не про об'єктивну подію, хоч навіть вона у чомусь зміниться. Для людини важлива та суб'єктивна подія, яка існує в її реальності. Вона зможе гнучкіше ставитись до події, перетворити її на позитивний для себе ресурс, і подія займе своє місце у відповідному контексті.

Головне, що потрібно включити у повторне переживання, – це з'ясування уроків, які можна отримати з того, що відбулось. Навіщо потрібен такий випадок? Насправді, подія може відбутись тільки тому, що це найкращий спосіб засвоїти певний урок. Але урок можна засвоювати і без травм, але якщо ви його не приймаєте, не прислуховуєтесь до власних сигналів, то сила уроку поступово збільшується. Можна уникнути занадто неприємних сигналів до пробудження, якщо розуміти суть уроку заздалегідь.

У подібній роботі застосовуються деякі техніки гештальт-процесингу: поєднання протилежностей, повернення втрачених частин та прояснення сутностей.

У *поєднанні протилежностей* мається на увазі, що клієнт розколотий на половини, у кожній з яких є тільки частина його якостей та свідомості. Ці половинки частіше за все сваряться або мають проблеми, тому що кожній не вистачає якостей іншої. Для цієї техніки фасилітатор вдає, що клієнт може спостерігати та керувати цими частинами на відстані. Встановлюється, що це за частини, що вони роблять, які в них якості тощо. Потім працюють над тим, щоб поліпшити спілкування між ними: їм потрібно приймати одна одну такими, які вони є, та цінити одна одну, повинен існувати певний взаємообмін, і вони повинні розуміти свої стосунки. Зазвичай поєднання протилежностей призводить до того, що половинки знову зливаються в одне ціле. Або, щонайменше, їх заохочують краще працювати одна з одною, ділитись інформацією, співпрацювати в майбутньому.

В основі дій фасилітатора лежить той принцип, що щось ціле розколоте на протилежні частини. Цей розкол створює постійну боротьбу між ними. Завдання полягає в тому, щоб з'єднати частини: спочатку визнають, що частини існують, а потім визначають, що саме їх розділяє. Ні частина А, ні частина Б не є цілісними та бездоганними. Спочатку клієнт може відчувати, що частина А абсолютно небажана і що він хоче позбавитись її, а частина Б – його справжнє Я. Ці частини розділені нестачею прийняття одна одної, взаємодії та розуміння. Така ситуація зберігається до тих пір, поки клієнт не зможе прийняти обидві частини

такими, які вони є, і коли частини зможуть прийняти одна одну. Незважаючи на первинну думку клієнта, виявляється, що у частини А є якості, яких бракує Б, і навпаки.

«Якщо (частина А) могла б говорити з (частиною Б), що б вона сказала?» Заохочуйте розмову, прагніть того, щоб частини відповідали на повідомлення тощо. Клієнту не обов'язково робити з цього виставу, але якщо він хоче зобразити це в особах, прекрасно. В основному, клієнт повинен вислухати те, що хочуть сказати обидві частини, а не намагаться логічно побудувати їх розмову. Може знадобитись виробити угоду, за якою частини будуть обмінюватись якостями.

Як тільки частини почали змішуватись, змініть своє мовлення: опишіть якості однієї частини в словах та інтонаціях іншої і, нарешті, звертайтеся до клієнта як до цілісної особистості: «Тепер, коли в тебе є всі якості ... , і ти можеш ... , як зміниться твоє життя?»

Клієнт повинен навчитись вибирати собі якості будь-якої з частин. Можливо, він захоче зберегти дві окремі частини, щоб застосовувати їх у різних ситуаціях. Або, можливо, він захоче розформувати їх та використовувати їх складові.

У *поверненні втрачених частин* ми виходимо з того, що є частина клієнта, яку він десь загубив або забув. Можливо, під час значних подій у своєму житті він відділив від себе частину та залишив її існувати окремо, і, можливо, вона все ще перебуває в тому моменті часу. Один із способів знайти саме моменти втрати частин – попросити людину переглянути своє життя та помітити моменти великих змін. Інша можливість – ситуація, що він дав її іншій людині, наприклад, у стосунках, і вона залишилася з цією людиною. Частина може перебувати у поетичному, казковому місці: «у блисканні моря на сході сонця», «в очах дитини». Коли частина знайдена, треба піти та зустрітись з нею.

У *проясненні сутностей* можна звертатись до частин свідомості як до окремих цілісних істот. Зазвичай встановлюється, хто вони насправді, як сюди потрапили, чим займаються тощо. Фасилітатор допомагає їм зрозуміти, чому вони застрягли там, де їм не місце, і вони, як правило, відходять. Спільне правило полягає в тому, що людина може досліджувати тільки ту частину себе, яку може виділити та розглянути як окрему. Можлива пастка у процесингу такого типу – саме те, що в ньому проводиться розділення. Особистості зазвичай краще бути цілісною, а не розколотою на частини. Ми говоримо про «частини» в техниках, щоб допомогти змінам, але ми завжди повинні скласти частини разом, коли техніка завершена.

*Процесинг уявлення.* Є ціла група технік, в яких особистість створює або змінює щось прямо у своєму внутрішньому всесвіті: уявляє або придумує щось або змінює своє сприйняття того, що вже є в її пам'яті. Тут особистість розуміють як причину того, що з нею відбувається.

Основна форма «процесингу уяви» – просити клієнта створювати, змінювати та знищувати речі, пов'язані з темою, над якою йде робота. У людини можуть бути труднощі з уявленням того, з чим існують проблеми в реальному житті (лісому важко уявити собі волосся в себе на голові, а соромливому – уявити себе товаришким та компанійським). Якщо людина нав'язливо тримається за щось, може бути дуже корисним створювати реальність та «вкидати» її в цю реальність.

Перший крок у процесингу сприйняття – зібрати інформацію щодо того, як особистість будує свою реальність. Тут для фасилітатора важливо володіти знаннями про системи сприйняття – зорову, слухову, кінестетичну, нюхову, смакову та їх елементи; знати розбіжності між абстракціями та реальними сприйняттями.

Часто набір особливостей сприйняття, пов'язаний із поточним проблемним станом, відрізняється від набору бажаного стану. Зазвичай є якісь особливості, ключові для відмінностей між цими станами. У клієнта може бути маленька, сіра та далека картина себе, і через це він може сам собі не подобатись. Якщо він зробить картинку себе більшою, кольоровішою та ближчою, його сприйняття себе може змінитись. Коли людина дізнається, що вона керує власним сприйняттям та уявленнями, це часто стає одкровенням та тривалою, потужною зміною саме по собі.

*Залученість та відстороненість.* Залученість (асоціація) – коли людина перебуває всередині чогось, поєднана з ним як активний учасник. Відстороненість (дисоціація) – коли вона перебуває зовні чогось, відсторонена та спостерігає за ним. У житті існує дуже простий принцип: корисно бути залученим у те, чого бажаєш, та відстороненим від того, чого не бажаєш.

Проблеми з травматичними подіями бувають тоді, коли людина залишається постійно залученою в подію, повторює її запис у теперішньому, хоч вона давно закінчилась. Повторне переживання події виправляє це, відсторонюючи її: вона перетворюється з постійно активного механізму на навчальні переживання.

Можна використовувати зорові особливості, щоб керувати процесом. Якщо ви бачите своє тіло ззовні, ви відсторонені. Якщо ви бачите все своїми очима, ви залучені. Якщо тіло відчуває щось неприємне,

то на таку ситуацію зручніше дивитись ззовні. Мова тіла людини змінюється залежно від того, залучена вона чи відсторонена. Відсторонена людина відкидається назад та звертає свій погляд у далину. Залучена людина нахилиється вперед та звертає свій погляд усередину. Ви можете помітити зміну, коли ваш клієнт переходить з одного стану в інший.

Один із прямих способів обійти обмеження – просто вдати, що обійшов його. Особистість створює свою реальність, якщо ми захопимо її створити всередині те, чого вона бажає, то, скоріше за все, це виявиться й зовні. Якщо людина діятиме так, нібито її розумовий образ реальний, вона напевно втілить його.

Переключення сценарію – швидкий спосіб установити інший напрямок. Його сутність у тому, щоб змінити сценарій, якого клієнт не хоче, на той, що приносить йому добрі відчуття. Це досягається за допомогою декількаразового переключення з одного сценарію на інший. Для переключення потрібні дві картинки: одна – це ситуація, в якій людина погано почувається, інша – бажаний стан, в якому вона почувається добре. У теперішню ситуацію клієнт залучений, він спостерігає її власними очима, а бажана ситуація відсторонена та спостерігається відсторонено. Ми дізнаємось усі особливості сприйняття, пов'язані з «поганою» картинкою: відстань, колір, напрямок, чіткість, об'ємність, наявність країв тощо; потім установлюємо дві найважливіші якості для збільшення переживання «поганого» стану. Скажімо, це виявляється розмір та наближеність: чим ближча та більша картинка, тим гірше відчуття. Потім створюється картинка ресурсного стану, як клієнт хоче себе бачити та відчувати – з подробицями, енергією, силою та впевненістю в собі. Картинки кілька разів змінюються з опорою на ключові параметри.

*Хвороба.* Здоров'я людини, перш за все, визначається її розумовим та емоційним станом, а хвороба – це повідомлення собі від себе. Зазвичай це повідомлення вже з'являлось раніше в інших формах, але людина його ігнорувала. Щоб заохотити хвору людину побачити свою хворобу в такому світлі, потрібна певна наполегливість. Вона хвора не просто так, вона ретельно ігнорує щось, тому не відкине свого заперечення без опору.

При нагоді можна провести переосмислення хвороби як події, що несе позитивну мету: чи отримав клієнт більше любові, чи мав більше вільного часу, чи краще розумів інших, чи замислився над поліпшенням свого способу життя? Ключ до хвороби – в тому, що вона допомогла йому досягти. Доречними будуть будь-які уявні вигоди від хвороби.

Аналітичного розуміння зазвичай недостатньо: хвороба не з'явилася б, якби людина не ігнорувала свої почуття, і хитрі розумові махінації нічого не змінять.

Хороша ідея – попросити клієнта описати кінестетичне сприйняття хворих частин тіла. Це може викликати багато інших процесів. Клієнт може просто поліпшити спілкування з цією частиною. Не варто «позбавлятися» хвороби: це повідомлення, яке потрібно отримати, зрозуміти та врахувати. Підсвідомо особистість завжди прагне найкращого вибору в поточній ситуації. Якщо він виявляється не таким, якому віддає перевагу його аналітичне Я, не треба позбавлятися цього вибору. Варто додати настільки ж ефективні додаткові можливості, які переважніші свідомо.

### Завдання для самоконтролю до розділу «Вікові кризи» та додатка 2

#### I. Доповніть твердження:

1. Джерелом даних щодо зниження інтелекту у постпенсійному віці може бути закладений створювачами тестів інтелекту підхід, згідно з яким вищою формою інтелекту є ...

2. У широко відомих спостереженнях за собою у старечому віці Скіннер зауважує наявність дефектів пам'яті та підвищену втому. Скіннер розробляє ..., які отримують назву «психологічного протезування оточення».

3. Як стверджують дослідники (Психологія старости и старения, 2003), у пізньому віці майже неможлива ..., тобто вибір нової соціальної або національної групи, до якої відносить себе людина.

II. Нижче наведено перелік стадій розвитку людини за Е. Еріксоном (Еріксон, 2008), стислий опис завдань, що постають перед особистістю на певному віковому етапі, та результати сприятливого або несприятливого розвитку. *Виконайте дію співвіднесення (наприклад: стадія I відповідає завдання 6, сприятливий результат розвитку B і несприятливий – 2).*

#### Назви стадій розвитку людини

I. Орально-сенсорна (приблизно перші 1,5 року життя).

II. Анально-м'язова (18 місяців – 3–4 роки).

III. Генітально-локомоторна (3–4 – 5–6 років).

IV. Латентна (6–12 років).

V. Юнацтво (перехідний вік – 18–20 років).

VI. Рання зрілість (18–30 років).

VII. Середня зрілість (період активного виховання дітей, приблизно 35–60 років).

VIII. Пізня зрілість, старість (після 60 років).

#### Завдання розвитку

1. Досягнення певного ступеня автономії при мінімізації сорому та сумнівів.

2. Вироблення правильного балансу між продуктивністю та стагнацією.

3. Досягнення інтимності на противагу збереженню ізоляції.

4. Навчання ініціативи без надмірного почуття провини.

5. Розвиток наполегливості (старанності) без надмірної неповноцінності.

6. Розвиток довіри без повного усунення здатності до недовіри.

7. Цілісність при мінімальній кількості відчаю.

8. Досягнення самоідентичності та уникнення зміщення ролей.

#### Результати періодів за умов сприятливого розвитку

A. Психосоціальна сила мети та смислу: спроможність діяти, незважаючи на розуміння своїх обмежень та минулих невдач.

B. Любов: здатність подолати розбіжності та протиріччя за допомогою «взаємної відданості».

V. Розвиток надії: сильної віри в те, що навіть коли справи йдуть не найкраще, пізніше чи раніше все налагодиться.

Г. Спроможність до турботи, піклування.

Д. Вірність: лояльність, що дозволяє жити за соціальними стандартами, незважаючи на їх неповноцінність, непослідовність та неповноту.

E. Мудрість: просте і благородне ставлення до життя і смерті, величність духу.

Ж. Розвиток компетентності.

3. Сила волі та рішучість.

#### Результати періодів за умови несприятливого розвитку

а) Вузька віртуозність (єдина галузь компетенції, а решта – не розвинені) або інерція;

б) фанатизм або зречення (від світу дорослих та своєї потреби у приналежності);



в) імпульсивність (болісна примхливість, що приводить до спроб подолати перешкоду без оцінки своїх можливостей) або нав'язливість (прагнення до бездоганності);

г) сенсорна непристосованість (романтична віра в те, що ніхто не завдасть шкоди) або відсторонення (депресія, паранойя або навіть психоз);

д) самовпевненість або гордовитість (презирство до свого або чужого життя);

е) безоглядність (тенденція досягати своєї мети без урахування її ціни, крайня форма – соціопатія) або придушення (відмова від досягнень);

ж) нерозбірливість (занадто вільне створення інтимності) або виключення (самоізоляція від любові та дружби);

з) саморозтрата (намагання бути настільки ефективним, що часу для себе не залишається) або відкидання (людина припиняє бути членом суспільства).

III. Виконайте дію співвіднесення.

Назви пробілів та викривлень	Приклади та запитання для роботи з твердженням
1. Втрата виконавця;	а) «Вона знає, що я відчуваю» – «Які твої дії сказали про те, що ти відчуваєш?»
2. Пробіли у порівнянні;	б) «Він мене засмутив» – «Як саме він тебе засмутив? Що сталося б, якби ти не засмутилась?»
3. Зауваження на можливості;	в) «Вона не допомагає мені» – «Що саме ти хочеш, щоб вона робила?»
4. Причина та наслідок;	г) «Можливо, нічого в мене не вийде» – «Через що нічого в тебе не вийде?»
5. Узагальнення;	д) «Нашим стосункам бракує довіри» – «Як би ти хотів, щоб ви довіряли одне одному у ваших стосунках?»
6. Неуточнене дієслово;	е) «Добре бути ввічливим» – «За чікими словами це добре?»
7. Читання думок;	ж) «Мене ніхто ніколи не слухає» – «Ти можеш пригадати випадок, коли тебе хтось слухав?»
8. Номіналізація;	з) «Краще піти» – «Краще піти, ніж що?»

Бібліографічний список

- Абрамова Г. С. Психология человеческой жизни: Исследования геронтопсихологии / Г. С. Абрамова. – М. : Академия, 2001. – 224 с.
- Абульханова К. А. Время личности и время жизни / К. А. Абульханова. – СПб. : Алетейя, 2001. – 304 с.
- Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Мысль, 1991. – 299 с.
- Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / Альфред Адлер. – М. : Академический проект, 2007. – 240 с.
- Алферова М. О. Личностные особенности проживания кризиса середины жизни / М. О. Алферова // Мир психологии. – 2006. – № 3. – С. 124–130.
- Анцыферова Л. И. Новые стадии поздней жизни: время теплой осени или суровой зимы? / Л. И. Анцыферова // Психолог. журн. – 1994. – Т. 15. – № 3. – С. 99–104.
- Анцыферова Л. И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии / Л. И. Анцыферова. – М. : Изд-во ин-та психологии РАН, 2004. – 512 с.
- Артемьева Е. Ю. Основы психологии субъективной семантики / Е. Ю. Артемьева. – М. : Смысл, 1999. – 352 с.
- Братусь Б. С. К изучению смысловой сферы личности / Б. С. Братусь // Вестн. Москов. ун-та. – Сер. 14. – Психология. – 1981. – № 2. – С. 46–56.
- Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.
- Карпинский К. В. Опросник смысложизненного кризиса: монография / К. В. Карпинский. – Гродно : ГрГУ, 2008. – 108 с.
- Крайг Г. Психология развития / Грэйс Крайг. – СПб. : Питер, 2000. – 992 с.
- Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д. А. Леонтьев. – М. : Смысл, 2000. – 18 с.
- Лидерс А. Г. Кризис пожилого возраста – гипотеза о его психологическом содержании / А. Г. Лидерс // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 2. – С. 6–11.
- Магомед-Эминов М. Ш. Трансформация личности / М. Ш. Магомед-Эминов. – М. : Психоаналитическая ассоциация, 1998. – 496 с.

16. Медик В. А. Статистика здоровья населения и здравоохранения / В. А. Медик, М. С. Токмачев. – М. : Финансы и статистика, 2009. – 368 с.
17. Паттакос А. Пленники собственных мыслей: смысл жизни и работы по Виктору Франклу / А. Паттакос. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2009. – 205 с.
18. Поливанова К. Н. Психология возрастных кризисов / К. Н. Поливанова. – М. : Академия, 2000. – 184 с.
19. Психология старости и старения: Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Изд. центр «Академия», 2003. – 416 с.
20. Психология человека от рождения до смерти / Под. общ. ред. А. А. Реана. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002. – 656 с.
21. Рецессионный суицид [Электронный ресурс] / Washington Profile [сайт]. – Режим доступа: <http://www.washprofile.org/ru/node/8529>. – Загл. с экрана.
22. Стренгер К. О плюсах среднего возраста / К. Стренгер, А. Руттенберг // Harvard Business Review. – 2008. – № 5. – С. 59–66.
23. Титаренко Т. М. Испытание кризисом. Одиссея преодоления / Т. М. Титаренко. – К. : Людопринт Україна, 2009. – 277 с.
24. Фанч Ф. Преобразующие диалоги: учебник по практическим техникам содействия личностным изменениям / Флеминг Фанч. – К. : Д. А. Ивахненко, 1997. – 400 с.
25. Франкл В. Человек в поисках смысла / Виктор Франкл. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.
26. Хойфт Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия / Г. Хойфт, А. Крузе, Г. Радебольд. – М. : Академия, 2003. – 368 с.
27. Хухлаева О. В. Психология развития. Молодость, зрелость, старость / О. В. Хухлаева. – М. : Академия, 2006. – 208 с.
28. Чудновский В. Э. К проблеме адекватности смысла жизни / В. Э. Чудновский // Мир психологии. – 1999. – № 2. – С. 74–80.
29. Чудновский В. Э. Психологические составляющие оптимального смысла жизни / В. Э. Чудновский // Вопр. психологии. – 2003. – № 3. – С. 3–16.
30. Шарп Д. Кризис среднего возраста. Записки о выживании / Д. Шарп. – М. : Независимая фирма «Класс», 2006. – 176 с.
31. Шахматов Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное / Н. Ф. Шахматов. – М. : Медицина, 1996. – 304 с.

32. Шахматов Н. Ф. Старение – время личного познания вечных вопросов и истинных ценностей / Н. Ф. Шахматов // Психология зрелости и старения. – 1998. – № 2. – С. 14–20.
33. Шихи Г. Возрастные кризисы / Гейл Шихи. – М. : Каскад, 2005. – 448 с.
34. Эриксон Э. Трагедия личности / Эрик Эриксон. – М. : Эксмо, 2008. – 256 с.
35. Эстес К. П. Бегущая с волками: Женский архетип в мифах и сказаниях / Кларисса Пинкола Эстес. – М. : ООО Изд-во «София», 2008. – 656 с.
36. Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени / Карл Густав Юнг. – М. : Прогресс, 1994. – С. 185–203.
37. Dacey J. C. Human Development across the Lifespan / J. C. Dacey. – New York : McGraw Hill Companies, 2003. – 61 p.
38. Lachman M. Handbook of Midlife Development / M. Lachman. – New York : Wiley, 2001. – 672 p.
39. Slater Ph. Pursuit of Loneliness / Philip Slater. – Boston : Beacon Press, 1990. – 208 p.

### Ресурси мережі Інтернет

Психология пожилых людей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://elderlyage.ru>. – Назв. с экрана.

### Розділ 3. ВІКТИМНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ, ЇЇ ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ. СЕКТАНТСТВО ЯК ПРОЯВ ВІКТИМНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

*Визначення віктимності. Гіпервіктимність та гіповіктимність. Норми безпечної поведінки. Віктимні внутрішньоособистісні конфлікти. Типи жертв. Види віктимізації.*

Відомий статистичний факт: людина, на яку колись був скоєний напад, із значно більшою вірогідністю знову стане жертвою злочину, ніж та, на яку не нападали ні разу (Белкін, 2001; Зелінський, 1999; Пергаменщик, 2004 та ін.). У науці віктимології перша людина матиме назву «рецидивної жертви» й фахівці-віктимологи стверджуватимуть, що існують певні особистісні та поведінкові особливості даного індивіда, які «накликають» на нього небезпечні ситуації. Як дотепно висловився Ю. М. Антонян, здебільшого, жертви ні в чому не винні. Проте тим більш загадковими є випадки, коли жертва як приворожена прагне власної загибелі, навіть не усвідомлюючи того (Антонян, 1995).

У даному випадку йдеться про систему «агресор – жертва» (здаймо систему «особистість – ситуація», про яку йшлося у вступній лекції) й підкреслюється взаємовплив елементів на існування та поведінку один одного. Саме розуміння їх патологічного взаємозв'язку є шляхом його руйнування, адже, згідно з теорією систем, зміна в одному з елементів автоматично викличе зміну всієї системи в цілому. Так і пояснюється позиція кримінологів, які наполягають, що у запитанні «Чому ми дозволяємо кримінальний безлад?» акцент потрібно змістити на займенник «ми» (Волинський, 1999).

Визначимо основні поняття. *Віктимність* – це спроможність суб'єкта ставати жертвою злочину, яка реалізується у соціальних, психологічних та моральних відхиленнях від норм безпечної поведінки (Туляков, 2000; Туляков, 2003). Пов'язаною з віктимністю є *травмофілія* – здатність утримувати пережитий травматичний досвід (Сукіасян, 2003). У межах курсу «життєві кризи особистості» розгляд феномену віктимності є цілком виправданим: як уже обговорювалось у вступі до дисципліни й як буде видно з наступних тем, часто людина сама провокує появу небезпечних для свого існування життєвих обставин. З'ясування особистісних та поведінкових властивостей, які «на-

кликають» на потенційну жертву небезпеку, і є предметом віктимології (Франк, 1972).

У визначенні феномену віктимності йдеться про відхилення від норм безпечної поведінки. Пояснимо на прикладах. Говорячи про *соціальні* норми, мають на увазі, скажімо, статусні характеристики потенційних жертв та різні поведінкові девіації. Приналежність суб'єкта до певного прошарку населення сама по собі супроводжується характерними особливостями його поведінки у соціумі, що природним чином зумовлює перебування у великій кількості небезпечних ситуацій. На думку одразу спадають маргінали – наркомани, кримінальні елементи тощо; проте в тій же непевній ситуації перебувають і, скажімо, дружини багатих людей, які подорожують наодинці у дорогих автівках і є беззахисними перед нападниками – тим самим провокуючи їх на злочини (дивись, наприклад, роман Оксани Робскі «Casual»).

Кримінологи стверджують, що основну групу потерпілих від злочинів складають чоловіки у віці від 20 до 49 років. Ризик їх підвищеної віктимізації, як вважається, пов'язаний із частими контактами з потенційними злочинцями, алкоголізацією, антисоціальною поведінкою (Антонян, 1992; Белкін, 2001). Об'єктивна характеристика деяких соціальних ролей, що полягає в небезпеці кримінальних посягань на суб'єкта незалежно від його особистісних характеристик, має назву *рольової віктимності* (Туляков, 2000).

Специфічні переживання людини щодо себе як учасника соціуму, що складається з дружньо та позитивно настроєних (або, навпаки, ворожих) індивідів (Epstein, 1990), є прикладом *психологічних* норм безпечної поведінки. У свою чергу, якість суб'єкта, що виражається у здатності, зумовленій сукупністю особистісних характеристик, ставати жертвою певного роду злочинів, коли є можливість їх уникнути, називається *особистісною віктимністю*. Простіше кажучи, коли віриши, що відбудеться найгірше, то за законом самостверджувального пророцтва власноруч збільшуєш можливість несприятливого закінчення ситуації до максимуму (Madon, 1997). З останнім феноменом пов'язані і так звані *віктимні ілюзії*: особливості психологічного стану суб'єкта, зумовлені його переживаннями («встав не з тієї ноги», «п'ятниця, тринадцяте»).

*Моральні* норми тісно пов'язані з психологічними. У даному випадку мається на увазі ситуація, коли людина є носієм певних внутрішніх устоїв, які сприяють її самоусвідомленню як потенційної жертви. Саме це пояснює величезну кількість кривавих та жорстоких ритуалів

самопокарання та покаяння по всьому світу (Волков, 1996; Грановская, 2004).

Порушення потреби у самозбереженні може мати різні полюси вираження, на основі чого виділяють гіпо- та гіпервіктимність. Під першою мають на увазі прагнення до підвищеної безпеки, коли людина стає «одержима» ідеєю ворожого оточення, можливих жахів, які очікують на неї на вулиці тощо. Під другою розуміється прагнення необдуманого ризику, за умов якого людина досягає ейфорії власне від переборення критичних та навіть криміногенних ситуацій (явище, тісно пов'язане з автодеструкцією).

Перелічимо фактори, які визначають віктимізацію дитини:

- а) індивідний: психобіологічні передумови розвитку дитини<sup>3</sup>;
- б) поведінковий, який зумовлює складнощі адаптації;
- в) психолого-педагогічний, що виявляється в дефектах шкільного та сімейного виховання;
- г) соціально-психологічний, який розкриває несприятливі умови для взаємодії дитини з оточенням у родині, школі, на вулиці;
- д) особистісний: полягає у притаманних дитині цінностях, особистісних характеристиках (наприклад, здатностях до саморегуляції та рефлексії, гнучкості, екстернальності або інтернальності);
- е) соціальний, що визначається соціально-економічними умовами розвитку дитини (рівень прибутку, вік батьків тощо) (Леонова, 2008).

Віктимологи приділяють велику увагу дослідженням специфічних особливостей особистості потенційної жертви (Мінська, Чечель, 1988; Христенко, 2004). Вважається, що основною формою прояву віктимності на особистісному та колективному рівнях є *страх* – форма протиріччя між прагненням людини, з одного боку, до усталеності та передбачуваності буття, а з іншого – потреби у розвитку та постійних змінах (Ріман, 2007). Людина «засвоює» страх у соціальній взаємодії за допомогою механізмів соціалізації, навіювання, соціально-психологічного зараження, наслідування та конформізму – і відчуває кожного разу,

<sup>3</sup>Важливою складовою зазначеного фактора, на думку фахівців, є і психобіологічні особливості батьків дитини, які зумовлюють її емоційне становлення. Тривожність і почуття неповноцінності матері можуть призвести до розвитку тривожності та неповноцінності дитини, формування неадекватної оцінки ситуації. Незадоволеність життям, постійна напруженість батьків буде мати за результат нервові зриви, крик, фізичні покарання та жорстоке ставлення; недостатня емоційна чуйність провокуватиме депривацію психіки дитини тощо (Андронникова, 2003).

потрапивши до складної ситуації. Страх може бути виражений у формі як специфічної боязні конкретних ситуацій та об'єктів (страх перед гвалтівником або темнотою), так і генералізованого стану: окремі страхи акумулюються і можуть призвести до істерично-панічних реакцій, реактивних станів психіки, ступорних станів та депресивних реакцій (пригадайте фільм «Мовчання ягнят» режисера Дж. Деммі).

Як свідчать дослідження фахівців, особа, яка з більшою вірогідністю накликає на себе небезпечні ситуації, окрім вищезазначеного, характеризуватиметься й певними *внутрішньоособистісними конфліктами*, серед яких такі.

1. *Адаптаційний*: полягає у порушенні процесу соціальної адаптації. Скажімо, безпритульні діти часто не знають, на якій вулиці / в якому домі вони мешкають, куди звертатись у разі непередбачуваних ситуацій, як вирішувати звичайні для інших людей побутові питання, що сприяє їх потраплянню у кримінально небезпечні обставини.

2. *Моральний* конфлікт міститься у протиріччі між інтеріоризованими устоями поведінки та особистими симпатіями.

3. Під *мотиваційним* конфліктом мають на увазі антагонізм між потребою у самозбереженні та прагненням володіти чимось, що реалізується у небезпечній для суб'єкта поведінці: скажімо, юнак, для якого природним є переживання потреби у самозбереженні, може прагнути визнання однолітків за свою зухвалу або навіть ризиковану поведінку.

4. *Рольовий* конфлікт полягає у провокації іншого на агресивну поведінку через свідоме потурання власним почуттям провини та сорому, коли людина-маніпулятор займає позицію немічної, безпорадної, загнаної обставинами в глухий кут жертви, а в дійсності такою позицією вочевидь досягає своєї мети. Розрізняють варіанти рольового конфлікту: притаманний жінкам (комплекс жертви-дитини) та чоловікам (комплекс жертви-підкаблучника).

5. Комплекс *неповноцінності* складається із нереалістичної оцінки власних можливостей, що зумовлює значне розходження між Я-реальним та Я-ідеальним. Така ситуація може спровокувати, наприклад, участь суб'єкта у різних ризикованих заходах, коли вірогідність безпеки для себе не усвідомлюється.

6. *Невротичний* внутрішньоособистісний конфлікт поєднує у собі притаманні віктимним особам істерії, неврастенії та інші розлади, які також можуть бути приманкою для злодіїв.

У віктимології виділяють два основні *типи жертв*:

1) особи з низькою самооцінкою, настановою на безпорадність, небажанням змінювати власне становище без зовнішнього втручання –

жертви з ретретистською активністю. Вони характеризуються підвищеною готовністю до засвоєння віктимних стереотипів, зануренням у фантазію та запобіганням контактів із реаліями навколишнього світу, що можуть стати насправді руйнівними (Братусь, 1988);

2) істероїди з комбінацією, з одного боку, боягузтва та піддатливості, а з іншого – підвищеної агресивності та конфліктності (у вигляді образ, наклепу та знущань), для яких притаманна позиція «обуреного», зручна своєю постійною готовністю до сплеску негативних емоцій. Така поведінка приносить задоволення істероїдам саме через те, що підсилює їх позицію жертви та притягує негативну увагу оточуючих, отже це – тип жертви «агресивний провокатор» (Рівман, Устинов, 2000).

Звичайно, віктимність корениться у дитинстві. У кожному, за рідкісним винятком, дитячому колективі знайдеться дитина, яку, з певних причин, «цькують». У неї може бути фізичний недолік (маленький зріст, окуляри або надмірна вага) або особливості у манері поведінки; може у вигляді чуток існувати деяка інформація щодо неї – наприклад, що вона перебуває на обліку в психоневрологічному диспансері. Навіть якщо жертва скаржиться батькам, а вони звертаються до школи та наполягають на покаранні кривдника, «цькування» через якийсь час поновлюється. Без спеціальних заходів – перш за все, психологічних – для опанування ситуації дитина виростає у тому комплексі умов, що і формують її віктимність: страхи, усвідомлення та болісне переживання власної непотрібності та неспроможності, недостатня позитивна увага (Туляков, 2003).

Психологічним феноменом, що відіграє важливу роль у віктимізації дитини, є *вивчена безпорадність* – стан, коли людині здається, що зовнішні умови від неї не залежать і вона не зможе (а тому й не намагається) щось вдіяти, щоб спричинити такі зміни. Через певні закономірності сімейного виховання дитина починає вірити: її активні дії не мають смислу, неприємності відбуваються самі собою і вплинути на їх виникнення жодною мірою не можна. За цих обставин втрачається необхідність *пошукової активності* – діяльності, спрямованої на зміну або зовнішніх умов, або внутрішніх, тобто свого ставлення до ситуації або її бачення. До особливостей родинного середовища відносять, насамперед, такі:

а) дитина отримує однакове підкріплення на будь-яку свою поведінку (тобто, наприклад, її завжди схвалюють як за добрі, так і за погані вчинки);

б) не виробляється система «добре – погано», тобто немає логічності і послідовності у реакції батьків стосовно поведінки дитини;

в) дитина сприймає перешкоди на своєму шляху не як об'єктивно важкі та нездоланні, а як непереборні саме для неї – в силу певних якостей, вад тощо (Андронникова, 2003; Леонова, 2008).

Обговорюючи віктимність як «передісторію» потрапляння у критичні ситуації, не можна оминати і ті їх наслідки, що самі по собі зумовлюють відхилення від норм безпечної поведінки, призводять до повторної віктимізації, погіршуючи стан постраждалого. Розрізняють безпосередню, тривалу, вторинну та рикошетну травматизацію.

1. *Безпосередні* реакції людини на кризову ситуацію були описані у лекції 1 на прикладі гострої травматизації. Вони охоплюють шок, гнів, заперечення, відчуття незахищеності, ізольованості та непотрібності і тривають від декількох годин до декількох діб після події. Протягом цього часу можуть реєструватись зміни свідомості, фобії, болі та відчуття переповненості негативними емоціями.

2. *Довгострокова* травматизація є відстроченою у часі: часто потерпілі говорять про почуття провини<sup>4</sup>, втрату самоповаги, зниження самооцінки, беспорядність, депресію. Критична подія може повертатись у вигляді нічних жахів або маній. Притаманним стає специфічний страх повторення події.

Чому описані реакції зумовлюють підвищену небезпеку для життя? Знову пригадаємо феномен самостверджувального пророцтва, коли людина сама провокує оточення на виявлення певних реакцій; окрім того, через зазначені вище переживання та поведінкові особливості вона втрачає змогу адекватно реагувати на зовнішні впливи, відчуття контрольованості ситуації та власного авторства, що саме по собі визначає її як залежну та вразливу. Такий комплекс внутрішньоособистісних обставин стає тим самим сприятливим підґрунтям для кризи, яке обговорювалось у вступі до дисципліни.

<sup>4</sup>Особливо зауважимо на почутті провини, притаманному жертвам насильства. Часто згвалтовані з боєм тривалий час докоряють собі: «Я повинна була чинити більше опору, а моє тіло завмерло, я мовчала і так і не почала кричати. Тобто я спровокувала його». Постраждалій варто пояснити, що її поведінка – біологічно зумовлена відповідь, що запускається, коли екстремальний страх супроводжується обмеженнями активності. «Інстинкт завмирання» – дуже поширена реакція, яка має наукову назву «втрати тонічної мобільності». Під час згвалтування більшість жертв перебувають у свідомості, присутня певна міра примусу з боку гвалтівника, а підкорення йому – біологічно доцільний варіант самозахисту (Heidt, 2005).

У зв'язку з гострою кризовою ситуацією говорять також про вторинну та рикошетну віктимізацію.

3. Під *вторинною* віктимізацією розуміють вплив на стан суб'єкта різноманітних вторинних факторів: скажімо, багато представників системи карної юстиції, на жаль, переконані в тому, що жертви згвалтування самі провокують небезпечні ситуації, в які потрапляють, а тому їх скарги та сльози зовсім не виправдані. Інший приклад фактора у вторинної віктимізації – позиція (іноді навіть аморальна) деяких журналістів, які ставлять собі за мету здобуття «смажених» фактів щодо певної події, незважаючи на стан потерпілих.

4. *Рикошетна* віктимізація полягає у психологічній шкоді, якої завдає кризова ситуація родичам та близьким потерпілого: статистика доводить, що більше ніж у половини рідних розвивається посттравматичний стресовий розлад з усіма його проявами (Корюкін, 2005; Freize, 1987).

У будь-якому випадку для спеціаліста, що спостерігає за людиною, яка переживає кризу, тривожними ознаками, що сигналізують про порушення її стану, є рекурентне переживання травми (у снах, нав'язливих діях), постійне уникання стимулів, пов'язаних із нею (думки, почуття), психогенна амнезія (людина забуває травматичний епізод), зниження інтересу до значущих видів діяльності, симптоми постійного підвищеного збудження й дезадаптація у соціальній та професійній галузях життєдіяльності.

*Психодіагностика віктимності* здійснюється через установлення порушень Я-концепції, притаманних особистості підвищеного почуття провини, депресії, труднощів у міжособистісному спілкуванні. Застосовують також малюнок невідомої тварини, проєктивний малюнок «Родина, в якій я зрід», методику «П'ять подій дитинства». У літературі з питання наводиться також опитувальник, спрямований на визначення у підлітків схильності до різних форм віктимної поведінки (Зелинський, 1999; Христенко, 2004).

### ДОДАТОК 3. Сектантство як наслідок наявності віктимного комплексу особистості

Коли люди наділяють щось (речі, явища або ідеї) або когось (реальних або умовних істот) надзвичайно великою роллю, цінністю або зна-

ченням порівняно з тим, що вони вважають за буденне життя та звичайних людей; коли вони починають створювати та практикувати ритуали прилучення та поклоніння таким речам, ідеям та істотам – це визначають словом «культ».

Якщо наведене вище ставлення, поклоніння, ритуали та взаємодія із лідерами та іншими учасниками культу призводять до руйнування індивіда (або сукупності індивідів) тією чи іншою мірою, завдання йому певної шкоди, а також деградації та регресу його соціального життя та соціальних зв'язків, то подібне явище називають «деструктивним культом».

Чому тисячі освічених, розумних та благополучних зовні людей опиняються серед культистів? Як пояснити те, що вони передають лідерам сект тотальний контроль над власним життям, обирають покірливість та відданість псевдорелігійним цінностям? Причину потрібно шукати у зовнішніх та внутрішніх психологічних обставинах, в яких перебуває потенційний культист.

У період соціально-економічних потрясінь, який переживає Україна, проблема залучення людей у деструктивні культури стала як ніколи актуальною. Яку організацію можна вважати тоталітарною сектою, що нищить особистість? Вона не обов'язково матиме релігійне спрямування, а може бути економічного, політичного та навіть психотерапевтичного гатунку (Волков, 1996–1997). Вирішуючи питання щодо руйнівного (або, навпаки, сприятливого) клімату організації, куди потрапила людина, Р. М. Грановська пропонує спеціалісту отримати відповіді на такі запитання:

- Чи є у даній секті жорстка ієрархія?
- Чи висуваються матеріальні вимоги до її adeptів?
- Чи застосовується примусове виконання заповідей та ритуалів?
- Чи спостерігається нетерпимість до оточуючих?
- Чи поважають у секті права та свободи людини? (Скажімо, чи не пропонують змінити місце роботи або покинути родину?)
- Чи не чекають члени секти на близький кінець світу (Грановська, 2004)?

*Принципи впливу* всіх тоталітарних культів на людину мають спільний характер.

1. Зазвичай ідеологія секти побудована з урахуванням трьох *людських потреб*: потреби у спільності, структурованості та значущості. Потреба у спільності (що, до речі, широко використовується і HR-спеціалістами, які прагнуть створення міцного корпоративного духу

організації) вимагає наявності міцних зв'язків та відданості – а саме безумовне прийняття та атмосферу спільноти однодумців дають секти самотній людині.

Щодо потреби у структурованості, то культ пропонує організацію нашого оточення, впроваджує жорстку і зрозумілу своїми наслідками дисципліну, позбавляє невпевненості щодо безлічі альтернатив, серед яких повинна вибирати людина.

Потреба у значущості є реалізацією комплексу неповноцінності в'їмливої особистості. Потрапляючи до секти, людина стає «носієм абсолютної істини», «сокровенної тайни», протиставляється «темним слугам диявола». Все це дозволяє їй відчувати себе особливою, обраною вищими силами для певної дуже важливої місії.

2. Деструктивні культу вибирають мішенню свого впливу людей різного віку та статку, проте спеціалісти помітили, що найбільш вразливими до них є люди в період переживання *онтонетичних або спричинених зовнішніми обставинами криз*. Найбільш небезпечними вважають кризу підліткового віку та період пізньої зрілості. У першому випадку факторами ризику є недостатні життєвий досвід і відповідальність за власні вчинки поряд із тяжінням до знайдення простих відповідей на складні запитання; у другому – актуалізація потреби в інтеграції життєвого досвіду, набутті відчуття його значущості, на що, саме, і націлена діяльність релігійних сект.

Щодо криз, спричинених зовнішніми обставинами (це можуть бути закінчення школи або вишу, втрата роботи або смерть близької людини, розлучення або еміграція), то ситуація зламу переконань і переоцінки цінностей зумовлює той стан хаосу та внутрішнього безладу, на який так легко «лягає» ідеологія секти: коли зрозуміло, що правильно, а що ні, що потрібно робити далі, а чого уникати, коли майбутнє людини передбачуване та контрольоване.

3. Як було зазначено вище, культисти характеризуються наявністю притаманних в'їмливої особистості рис та властивостей. Одна з них – це *відсутність відповідальності за власні вчинки, інфантильність*. Адепти сект зростають у батьків-маніпуляторів, яким притаманні прагматичні та авторитарні стосунки з дітьми – у дорослому віці їх місце займають аналогічні стосунки з сектою та її лідером (Доценко, 2003; Полішук, 1997). У подібній атмосфері особиста відповідальність людини виключена, а почуття провини «прокидається» лише за умов переходу від одного типу безвідповідальності до іншого. Цікаве спостереження: серед жертв деструктивних організацій більшу частку складають

діти з сімей із високим рівнем прибутку. Вважається, що вони є більш інфантильними, ніж діти бідних батьків, які пройшли сувору «дворову» школу протистояння цинізму та маніпуляціям (Дворкін, 2000).

До факторів, які свідчать про потенційну небезпеку для людини бути залученою до деструктивного культу, належать також *тривожність, репродуктивність мислення, довірливість, схильність до гомеостазу, неактуалізованість особистості* (Волков, 1996, 1997).

Особливе місце серед психологічних факторів займають і різні психопатології: з одного боку, вони притягують їх носіїв до сект, з іншого – досвід сектантства провокує їх виявлення. С. Н. Волков наводить специфічні «переваги» психічно нестабільних людей (див. рис. 1).

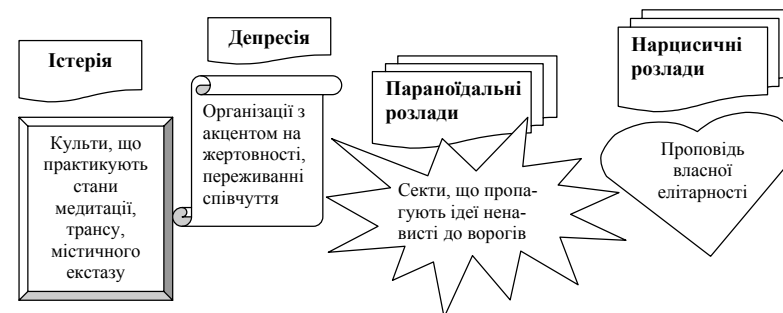


Рис. 1. Залучення до різних типів сект залежно від наявної (або потенційної) психопатології індивіда (за Волковим, 1996, 1997)

Для вербування послідовників лідери сект використовують численні *методи психологічного впливу* (Волков, 1996, 1997; Грановська, 2004; Дворкін, 2000; Доценко, 1993 та ін.).

1. Технологія «*Step by step*»: відома біхевіоральна техніка, яка полягає у вчинках, яких вимагає лідер секти від потенційного адепта. Спочатку це щось тривіальне, скажімо, пропозиція заспівати, стоячи, релігійний гімн; потім це може бути запрошення провести вихідні разом на природі у таборі сектантів; нарешті, «неофіту» пропують узяти участь у збиранні коштів на «відновлення храму» тощо.

2. Інша часто використовувана біхевіоральна техніка – позитивне підкріплення (або «*бомбардування любов'ю*»). Як правило, через деякий час після відвідання групових зустрічей потенційному адепту пропують провести деякий час подалі від звичного оточення. Там людина переживає справжнє потрясіння: нові знайомі «просвітлених» однодумців

здаються згуртованим, дружним колективом, усі члени якого перебувають у благородному пошуку істинного шляху, знають відповіді на важливі питання щодо непередбачуваного та інколи небезпечного буття.

Демонструючи бажану поведінку, людина отримує посмішки, увагу та піклування, особливі знаки пошани. Якщо поводить не так, як очікується, – оточуючі реагують похмурістю та невдоволенням. Швидко новачок робить логічний висновок: якщо я хочу відчувати себе потрібним, схвалюваним та значущим, я повинен робити так, як кажуть лідери общини.

3. *Сенсорне бомбардування.* Розклад дня у сектантському таборі може включати лекційний марафон, інтенсивні консультації «новобранців» із «просвітленими» членами секти, танці та спортивні заходи, гіпнотичні вправи, медитативні сесії – все це при мінімальному часі для сну та вельми бідному раціоні їжі, адже навіщо марно витрачати час? «Розторсана», виснажена людина бере участь у монотонних співах, слухає скандування під час проповідей, тривалий час перебуває у душному приміщенні, сповненому специфічних запахів, і, втрачаючи відчуття реальності, послабляє притаманні їй природні захисти: знижується концентрація уваги, зникає критичність оцінок, індивід входить у трансподібний стан свідомості. Саме за таких умов полегшується прийняття ним нових, задалегідь прорахованих за змістом цінностей – через стадії розморожування, зміни та заморожування свідомості.

4. *Контроль середовища та поведінки.* Зовнішні джерела інформації забороняються, сектанти отримують доступ лише до культової літератури; нова ідентичність адепта секти закріплюється навіть на рівні зовнішності – зачіски, одягу. Новачків завжди супроводжують «досвідчені» члени общини, які контролюють і регламентують, що, де і коли роблять їх підопічні. Важливу роль відіграють стать та привабливість членів секти, що курирують «неофітів»: вони також є факторами, що допомагають переконати останніх залишитись разом із сектою.

5. Специфічний феномен сектантства – так звані *сповідальні сесії*, коли культистів змушують розповідати вкрай особисту інформацію про себе та членів своєї родини з метою покаяння за гріхи та отримання прощення. Такі дані потім можуть використовуватись проти людини, яка вирішує покинути секту, проте цікавий сам психологічний механізм цього явища. Новачки, які надають таку інформацію, можуть відчувати сором та провини, а потім – полегшення після сповіді. З часом можливе виникнення залежності від подібної діяльності як засобу полегшення почуття провини, не говорячи про те, що відповідальність за

вчинки знову-таки передається лідеру, божеству, але не залишається в їх автора.

Типові *проблеми жертв деструктивних культів* свідчать про посттравматичний стресовий розлад, який переживають останні, та включають вкрай порушену ідентичність, дисоційовані стани, приступи паніки, тривоги, провини, депресію, психосоматичні симптоми (головні болі, болі у спині, астму, шкірні порушення та розлади травлення), відчуття втрати довіри до світу поряд із переживанням насильства над душею.

*Психологічні основи допомоги жертвам деструктивних груп.* Дослідження спеціалістів з проблеми доводять, що, на жаль, статистика виходу адептів зі складу сект дуже низька, не більше 60 % навіть за умов роботи кваліфікованого фахівця. Рецидиви повторного залучення людини в культ дуже імовірні (Волков, 1996, 1997; Грановська, 2004; Ліфтон, 2005; Поліщук, 1997).

Консультування жертв деструктивних культів являє собою інформаційну терапію, організовану в належний спосіб: це повинен бути безперервний, протягом 3–4 діб та 12–14 годин поспіль, мусований вплив консультанта на культиста, бажано відокремити останнього від сектантського оточення навіть територіально, наприклад, відвезти в іншу місцевість. Основна мета роботи – відновлення у жертви критичності, посилення вільного волевиявлення. Як правило, культисту надають інформацію про маніпулювання, яке коїлось у секті, здобуту з альтернативних джерел – письмові та відеоматеріали, підготовлені ЗМІ, особисті свідчення. Залучення колишніх адептів секти, тих, які мали подібний досвід, але зараз живуть повноцінним життям, вважають одним із найефективніших способів «розхитування» створеної в секті картини світу завербованої людини. Спеціалісти наполягають: консультант не повинен вдаватись до жорсткої критики культу і уважно слідкувати за власною манерою подачі інформації, адже категоричність в оцінках може зумовити миттєві негативні реакції сектанта. Важливо пам'ятати: особистість людини, яка тривалий час перебувала в складі деструктивної організації, була значним чином трансформована шляхом індоктринальних впливів, що природно призводить до неадекватного і навіть невротичного реагування на будь-яку інформацію щодо секти. Тому альтернативна інформація повинна надаватись приблизно таким же шляхом, яким здійснювалося вербування, включаючи зацікавлене ставлення близьких сектанта до його культової діяльності (між іншим, такий підхід забезпечить отримання групою підтримки жертви культу



даних щодо тих засобів психологічного впливу, які були застосовані до неї). Деякі фахівці з питання рекомендують включати нежорсткий контроль над тим, наприклад, які кошти витрачаються і яким чином людина проводить вільний час (Волков, 1997; Поліщук, 1997). Не треба при цьому забувати, що зазвичай жертвами культу стають інфантильні люди або такі, що через надзвичайну подію уникають відповідальності за себе та власні вчинки, і якщо зазначений метод може спрацювати під час консультування людини після виходу з секти, то надалі метою психотерапевтичної роботи буде все-таки «пробудження» почуття відповідальності колишнього сектанта, усвідомлення ним можливостей та наслідків вільного вибору серед усіх альтернатив, що надає нам життя, вироблення навичок визнавати та опановувати тривогу, спричинену незахищеністю перед непередбачуваним та інколи небезпечним оточенням.

Психологи, які спеціалізуються на роботі з колишніми сектантами, зауважують: консультування після виходу з культу повинно передбачати винятково інформаційну терапію, без застосування будь-яких псевдопсихологічних методів (Волков, 1996, 1997). Подібний підхід сприятиме визначенню людиною прийнятого рішення як власного, зробленого в процесі міркування над отриманою інформацією, а не під тиском консультанта.

Серед окремих методів роботи застосовуються такі.

1. Турбота про *задоволення природних потреб* культиста: у повноцінному харчуванні, достатньому сні. В умовах секти, як зазначалось вище, природні потреби часто депривуються з метою спричинення змінених станів свідомості.

2. *Відновлення часової перспективи*, зокрема через складання щоденника групового досвіду, усі записи якого обов'язково обговорюються. Проводиться також ретельна робота щодо відтворення «досектантських» спогадів, причому застосовуються ті ж прийоми, що й при роботі з наслідками катастроф, тобто через використання всіх модальностей сприйняття завербованого. Даний напрямок роботи включає також планування посильних для виконання завдань, які висуває сам культист, що має на меті підвищення його самооцінки та відчуття контрольованості ситуації.

3. Техніки когнітивної психотерапії, спрямовані на *перевірку реальності*, серед яких обговорення таких питань:

а) якби ви ніколи не зустрілись із групою, а робили те, що хотіли, що б це було?

б) якби лідер групи визнав, що припустився помилок, як би це було?

в) чи існують якісь поважні причини, через які можливо залишити групу?

4. Різні форми СПТ (соціально-психологічного тренінгу), що мають за мету навчання соціальних умінь та навичок, підвищення почуття впевненості у собі.

Лейтмотив консультування після виходу з культу: особистість завербованого не є «дефективною», його приєднання до групи було найкращим рішенням на певному етапі його життя. Тепер – він мудріша та досвідченіша людина, яка може реалізуватись у багатьох сферах. Окремо обговорюється втрата почуття обраності та можливості, що існують для набуття особистісної значущості – як варіант, через допомогу іншим.

### Завдання для самоконтролю до розділу «Віктимність» та додатка 3

*1. Виберіть правильну(-і) відповідь(-і) до наведених нижче запитань.*

1. У віктимології відомий класичний психологічний портрет жертви звалтування (Гульман, 1994). Які риси, на вашу думку, він включає?

- а) Фаталізм, боязкість, скромність, податливість навіюванню;
- б) неконформність, полenezалежність;
- в) інтернальний локус контролю, відкритість новому досвіду;
- г) усі відповіді правильні.

2. На ваших очах юнак ув'язується в бійку з п'яною компанією, прагнучи довести своїй дівчині, що «вони наволоч, а він чогось вартий». Така поведінка є прикладом:

- а) гіповіктимності;
- б) гіпервіктимності;
- в) адиктивної поведінки;
- г) дистимічної акцентуації характеру.

3. Олена симпатизує юнаку, відомому кримінальним минулим та підозрілими знайомими. При цьому сама вона з родини лікаря та вчи-

тільки й усвідомлює, що товаришувати з такими людьми небезпечно. Який віктимний конфлікт переживає дівчина?

- а) Невротичний;
- в) мотиваційний;
- б) рольовий;
- г) адаптаційний.

4. Тетяна стала жертвою звалтування. Подруга Тетяни Ірина, прагнучи допомогти дівчині, докладає зусиль, щоб розговорити її. Нарешті Ірина почула від Тетяни: «Справа в мені. Є щось таке, що привело мене до цього жаху». Прикладом якої емоції, притаманної етапу довгострокової віктимізації, є вислів дівчини?

- а) Шок;
- в) безпорадність;
- б) провина;
- г) страх повторення події.

5. Зазначте соціально-психологічні феномени, через які відбувається виникнення та передача страхів перед злочинністю:

- а) наслідування;
- б) конформізм;
- в) атракція;
- г) навіювання;
- д) зараження;
- е) емпатія;
- є) ідеалізація;
- ж) ефект Пігмаліона;
- з) групова динаміка.

6. Катерина потрапила до секти, коли не поступила до вишу. Її життя докорінним чином змінилось: кожного ранку вона прокидалась о п'ятій, щоб прочитати певний набір молитов, потім їхала до храму, щоб узяти участь у ранковому богослужінні. Після цього – діяльність на користь церкви: вивчення та продаж книжок, консультування «заблукалих», знову молитва. У розмовах із дівчиною лідер секти наполягав, що Катерина повинна була відчувати гордість та радість з приводу того, як проводила час: хоч вона й не потрапила до університету, але якою важливою справою займалась! Скільки добрих та богоугодних речей робила кожного дня! Переживанням Катериною якої потреби маніпулював лідер секти?

- а) У структурованості;
- в) спільності;
- б) значущості;
- г) усі відповіді правильні.

*II. Нижче ви побачите поради батькам щодо засобів превенції віктимності у вихованні дітей. Доповніть твердження.*

1. Якщо ви бажаєте зростити невіктимну дитину, бажана відсутність ... у вихованні, через що дитина може боятись безлічі речей. Дорослі не можуть бути завжди і безумовно праві, дуже корисно пояснювати дитині власні дії та дії інших дорослих, наближуючи їх до її віку. Це обов'язково виявиться у розмові з незнайомцем. При цьому дитина повинна знати основні правила безпеки, вміти сказати щось на свій захист таким чином, щоб це не звучало як хамство.

2. Дитина повинна усвідомлювати себе ... Батькам не варто радіти, якщо вона завжди погоджується з ними, корисно, навпаки, наполягати на тому, щоб вона визначилась, чого бажає, і вміла розказати про це. Така поведінка виховується в простих ситуаціях: скажімо, дитину послають саму до магазину, щоб вона вибрала покупку та власноруч за неї заплатила. У дитячих бійках втручання батьків припустиме лише у крайньому випадку, проте завжди корисна розмова про те, що сталось, чому і як можна було діяти по-іншому.

3. У дитини повинен буди вид активності, в якій вона ... Бажано, щоб це було щось, що її насправді цікавить. Це може бути все, що загодно: ліплення, музика, спорт, розв'язання кросвордів.

4. Дитина повинна вміти ... Це досягається через використання відомих дитячих ігор «вінегрет», «хованки», «море хвилюється раз», розповіді дорослих історій із власного дитинства, смішних випадків та того, як було знайдено з них вихід, – саме колективними зусиллями всіх учасників.

5. Важливий момент – культивування ... стосунків із дорослими. Це не лише допоможе їм дізнатись про ситуації, коли життя або здоров'я дитини перебувають під загрозою, а й надасть інформацію щодо друзів та відпочинку підлітка.

*III. Уважно прочитайте твердження, наведені нижче. Поставте напроти твердження «П», якщо воно правильне, або «Н», якщо воно неправильне.*

1. Спеціалісти помітили, що найбільш вразливими до впливу деструктивних організацій є люди в період усталеності та стабільності, тобто на етапі переходу від однієї вікової кризи до іншої.

2. Інфантильність – одна з рис, притаманних потенційному культисту.

3. Сповідальні сесії можуть викликати залежність – як від засобу полегшення переживання провини за власні проступки (реальні або надумані).

4. Олексій дуже прагнув мати сина, але жінка народила дочку. Олексій почав виховувати її за чоловічим зразком: залучав до екстремальних видів спорту, заохочував до чоловічих занять. Зовні даний тип стосунків має вигляд товариського партнерства, свідченням чого здається сильна прив'язаність дівчинки до батька. Проте в дійсності це – симбіоз, що призведе до віктимізації дитини: дорослішаючи, вона завоює, що якщо хоче повернути увагу значущого чоловіка і заслужити на його схвалення, то повинна бути готовою пожертвувати власними інтересами, терпіти та приховувати.

*IV. Нижче ви побачите перелік типових психосоматичних розладів, притаманних сектантам. Пригадайте гештальттеорію та співвіднесіть розлад та прояв психологічної проблеми, яким він є на тілесному рівні.*

Назва симптому	Психологічна проблема
1. Болі у спині;	а) людина не може зрозуміти та обробити інформацію, що надходить, потрібним чином: її дуже багато, вона характеризується високим ступенем невизначеності та заплутаності;
2. Астма;	б) порушення відчуття опори: потенційний сектант не відчуває, що «впевнено тримається на ногах» у житті, поряд із наявним підсвідомим почуттям, що його прагнуть «зламати», підкорити;
3. Шкірні порушення;	в) порушення зони приватності та меж суб'єкта: чужі люди зазіхають на інтимну територію, яка повинна належати винятково особистості;
4. Розлади травлення;	г) брак свободи, незалежності – «вільного повітря», постійні примуси, відсутність відчуття авторства вибору.

### Бібліографічний список

1. Алексеев А. М. Психологические особенности показаний очевидцев / А. М. Алексеев – М. : Юридическая литература, 1990. – 104 с.
2. Андронникова О. О. Причины виктимизации детей в семье: аспекты профилактики [Электронный ресурс] / О. О. Андронникова. – Режим доступа: <http://www.spsi.narod.ru/P2003.doc>. – Назв. с экрана.
3. Антонян Ю. М. Жестокость в нашей жизни / Ю. М. Антонян. – М. : ИНФРА-М, 1995. – 319 с.
4. Антонян Ю. М. Причины преступного поведения / Ю. М. Антонян. – М. : Акад. МВД РФ, 1992. – 207 с.
5. Аронсон Э. Общественное животное. Введение в социальную психологию / Эллиот Аронсон. – М. : Аспект Пресс, 1998. – 517 с.
6. Белкин Р. С. Криминалистика: проблемы сегодняшнего дня. Злободневные вопросы российской криминалистики / Р. С. Белкин. – М. : Норма, 2001. – 240 с.
7. Бергман П. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания / П. Бергман, Т. Лукман. – М. : Медиум, 1995. – 323 с.
8. Білецький В. Дослідження пенітенціарного психолога. Наукове видання / В. Білецький. – Донецьк : Східний видавничий дім, 2005. – 40 с.
9. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 301 с.
10. Волков Е. Н. Консультирование жертв интенсивного манипулирования психикой: основные принципы, особенности практики / Е. Н. Волков // Журн. практич. психолога. – 1997. – № 1. – С. 102–109.
11. Волков Е. Н. Методы вербовки и контроля сознания в деструктивных культах / Е. Н. Волков // Журн. практич. психолога. – 1996. – № 3. – С. 76–82.
12. Волков Е. Н. Преступный вызов практической психологии: феномен деструктивных культов и контроля сознания (введение в проблему) / Е. Н. Волков // Журн. практич. психолога. – 1996. – № 2. – С. 87–93.
13. Грановская Р. М. Психология веры / Р. М. Грановская. – СПб. : Изд-во «Речь», 2004. – 576 с.
14. Гульман Б. Л. Сексуальные преступления / Б. Л. Гульман. – Х. : ИМП «Рубикон», 1994. – 271 с.

15. Дворкин А. Л. Сектоведение. Тоталитарные секты: опыт систематического исследования / А. Л. Дворкин. – Нижний Новгород, 2000. – 693 с.
16. Доценко Е. Л. Механизмы межличностной манипуляции / Е. Л. Доценко // Вестн. МГУ. – Сер. 14. Психология. – 1993. – № 4. – С. 3–13.
17. Зелинский А. Ф. Криминальная психология. Научно-практическое издание / А. Ф. Зелинский. – К. : Юринком Интер, 1999. – 240 с.
18. Корюкин А. М. Личный опыт в Бесланской трагедии – лечебная перспектива [Электронный ресурс] / А. М. Корюкин. – Режим доступа: <http://www.propsy.ru/ru/publications/index?group=46&publication=64>. – Загл. с экрана.
19. Костицкий М. В. Введение в юридическую психологию: методологические и теоретические проблемы / М. В. Костицкий. – К. : Вища школа, 1990. – 259 с.
20. Криминалистика: Учебник для вузов / А. Ф. Волынский, Т. В. Аверьянова, И. Л. Александрова и др. / под ред. А. Ф. Волынского. – М. : Закон и право : Юнити-Дана, 1999. – 615 с.
21. Леонова И. В. Девиантное поведение виктимных детей, его причины и особенности / И. В. Леонова // Знание. Понимание. Умение. – 2008. – № 3. – С. 210–214.
22. Лифтон Р. Дж. Технология промывки мозгов: психология тоталитаризма / Роберт Джей Лифтон. – М. : Прайм-Еврознак, 2005. – 576 с.
23. Минская В. С. Виктимологические факторы и механизм преступного поведения / В. С. Минская, Г. И. Чечель. – Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1988. – 151 с.
24. Пергаменщик Л. А. Кризисная психология: Курс лекций / Л. А. Пергаменщик. – Минск : Вышэйшая школа, 2004. – 240 с.
25. Печерский В. В. Допрос несовершеннолетней потерпевшей на предварительном следствии и в суде. Изнасилование: Монография / В. В. Печерский, С. Ю. Ревтова. – Гродно : ГрГУ, 2003. – 260 с.
26. Полищук Ю. И. Влияние деструктивных религиозных сект на психическое здоровье и личность человека / Ю. И. Полищук // Журн. практич. психолога. – 1997. – № 1. – С. 93–97.
27. Росс Л. Человек и ситуация. Уроки социальной психологии / Л. Росс, Р. Нисбетт. – М. : Аспект Пресс, 1999. – 429 с.
28. Ривман Д. В. Виктимология / Д. В. Ривман, В. С. Устинов. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2000. – 332 с.

29. Рима́н Фр. Основные формы страха: исследование в области глубинной психологии / Фр. Рима́н. – М. : Академия, 2007. – 192 с.
30. Сукиасян С. Г. Стресс и постстрессовые расстройства: личность и общество / С. Г. Сукиасян, А. С. Тадевосян, С. С. Чшмаритян, Н. Г. Манасян. – Ер. : Асогик, 2003. – 348 с.
31. Туляков В. А. Виктимология: Монография / В. А. Туляков. – К., 2003. – 148 с.
32. Туляков В. А. Виктимология (социальные и криминологические проблемы) / В. А. Туляков. – Одесса : Юридична література, 2000. – 336 с.
33. Франк Л. В. Виктимология и виктимность / Л. В. Франк. – Душанбе, 1972. – 224 с.
34. Христенко В. Е. Психология поведения жертвы: учебное пособие / В. Е. Христенко. – Ростов-н/Д. : Феникс, 2004. – 416 с.
35. Чуфаровский Ю. В. Юридическая психология. Учебное пособие / Ю. В. Чуфаровский. – М. : Право и закон, 1997. – 320 с.
36. Яковлев А. М. Преступность и социальная психология / А. М. Яковлев. – М. : Юридическая литература, 1971. – 248 с.
37. Epstein S. Cognitive – Experiential Self-Theory / S. Epstein // Pervin, Lawrence A. (Ed.). Handbook of Personality: Theory and Research. – New York : The Guilford Press, 1990. – P. 165–192.
38. Freize I. H. Describing the crime victim: psychological reactions to victimization / I. H. Freize, S. Hymer, M. S. Greenberg // Professional Psychology Research and Practice. – 1987. – № 18. – P. 222–315.
39. Heidt J. M. Tonic immobility and childhood sexual abuse: Evaluating the sequela of rape-induced paralysis / J. M. Heidt, B.P.Marx, J. P. Forsyth // Behavior Research and Therapy. – 2005. – № 43. – P. 1157–1171.
40. Madon S. In search of the powerful self-fulfilling prophecy / S. Madon, L. Jussim, J. Eccles // Journal of Personality and Social Psychology. – 1997. – № 72. – P. 791–809.

### Ресурси мережі Інтернет

1. Виктимология: проект организации «Відродження» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.victimology.org.ua>. – Загл. с экрана.
2. Дорога к свободе: портал о проблеме насилия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dorogaksvobode.ru>. – Загл. с экрана.

3. Информационный проект «Открытое сознание» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sektam.net>. – Загл. с экрана.

4. Сеть снижения вреда [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ceehrn.org/index.php?Lang=898>. – Загл. с экрана.

5. Социальное воздействие и влияние: научные знания и критика мифов. Критическое мышление и критический рационализм. Сайт Евгения Новомировича Волкова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://evolkov.net>. – Загл. с экрана.

6. Тульский информационно-консультативный центр по вопросам сектантства [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sektainfo.ru>. – Загл. с экрана.

7. Украина сектантская [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ukrsekta.info>. – Загл. с экрана.

8. Украинно-Американское Бюро защиты прав человека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.humanrights.kiev.ua>. – Загл. с экрана.

9. Steven Alan Hassan's Freedom of Mind Center [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.freedomofmind.com>. – Загл. с экрана.

## Розділ 4. ГОМОСЕКСУАЛІЗМ ЯК КРИЗА ІДЕНТИЧНОСТІ. ТЕРАПІЯ ГОМОСЕКСУАЛІЗМУ

*Визначення понять: стать, гендер, квір, статеворольова ідентичність. Теорії гомосексуалізму. Фактори, що зумовлюють гомосексуалізм: біологічні, соціальні, психологічні. Терапія гомосексуалізму: афірмативна та конверсивна, їх складові.*

Цілком закономірне запитання: чому феномен гомосексуальності розглядається саме в межах даного курсу? Відповідь очевидна: в нашому досить консервативному суспільстві усвідомлення власної «іншості», несхожості на оточуючих може призвести до глибоких переживань та переосмислень<sup>5</sup>. У цьому разі таке розуміння та його наслідки привнюватимуться до справжньої життєвої кризи, з притаманними їй переоцінкою цінностей, трансформацією бачення свого буття тощо. Замисліться: практично кожний з батьків пов'язує з дитиною найграндіозніші життєві плани, це очікування на онуків та продовження роду, потреба у набутті певного статусу в суспільстві. Звістка про гомосексуальність сприймається як справжній шок – і чим старша людина, тим цей шок сильніший та серйозніший.

Явище гомосексуалізму активно входить у наше життя – зокрема через ЗМІ. Проте інформація, що надходить, не відбиває реальної сутності феномену і часто є викривленою саме через поведінку самих гомосексуалів. Обираючи агресивну позицію захисту своїх прав та свобод, вони викликають ще більший страх та неприйняття суспільства. Зовсім не дивною тоді у цьому контексті здається й сумна статистика щодо суїцидальної поведінки серед молодих геїв та лесбійнок (Ісаєв, 2009). Ці юнаки та дівчата вмирають не від своєї статевої орієнтації, а від страху перед нею. Факторами, що значно підвищують ризик самогубства для людей гомосексуальної орієнтації, є, зокрема, такі:

а) раннє розуміння власної гомосексуальності;

б) підлягання гонінням та переслідуванням;

в) самотність та ізоляція, навіть з боку родини (Клейн, 2000; Нартова, 2004; Саранков, 2006).

<sup>5</sup>Водночас, західне суспільство стає все лояльнішим до т. зв. сексуальних меншин. Так, Гарвардський університет незабаром відкрис «кафедру гомосексуальних дисциплін», де на регулярній основі будуть вивчатись гомосексуальні, бісексуальні та транссексуальні стосунки (Ed Pilkinton, The Guardian, 2009).

Перш ніж розпочати аналіз гомосексуальності як психологічно-го явища, визначимо основні поняття, якими будемо оперувати. По-перше, окреслимо поняття статі: на даний момент науковці розрізняють біологічну, морфологічну, психічну та соціальну стать (Словарь практического психолога, 1998; Кон, 2003). Завдяки методологам так званих *gay and lesbian studies* (гей та лесбі досліджень – до речі, майже відсутніх як окрема галузь науки у вітчизняній традиції) останнім часом підкреслюється, переважно, що *стать – це генетично закріплені за людиною особливості будови статевих органів, які визначають її роль у процесі запліднення* (Кон, 2003; Бейлькін, 1998).

Таким чином, як бачимо, у вищенаведеному визначенні під статтю взагалі мають на увазі біологічну та морфологічну стать. Для визначення психічної (або психологічної) статі користуються поняттям *гендер*, яке охоплює *будь-які психічні та поведінкові властивості, що асоціюються з маскулінністю або фемінністю, та, як вважається, відрізняють чоловіків від жінок* (Берн, 2001). Тоді соціальна стать – це комплекс різноманітних характеристик, що розвивається в онтогенезі та забезпечує індивіду особистий, соціальний та правовий статус чоловіка або жінки (Головін, 1998). Навіть зверхній аналіз цих визначень доводить: усі вказані поняття не тотожні, зокрема, серед двох останніх друге включає набуті людиною статеві характеристики в процесі соціалізації та виховання, а перше – так би мовити, отриманий результат, безвідносно та незалежно від джерела.

Ще одним терміном, широко використовуваним на даний час, є *квір* (у перекладі з англійської «інший», «чужий», «незрозумілий»), створювачі якого зауважують на недостатній увазі до сексуальності людини, приділеній у межах поняття гендер, та критикують висновки щодо єдино можливої гетеросексуальної орієнтації. Квір-теорія наголошує на рівноправ'ї всіх гендерів та сексуальних орієнтацій та вважає їх рівноцінними. Квір відрізняється від гендеру ще й, так би мовити, певним політичним забарвленням першого, дозволяючи уникнути категоризації людей за їх сексуальною практикою (Джагоз, 2008; Кософські, 2002; Суковата, 2004).

Нарешті, аналіз питання статі, гендеру та статевої ідентифікації не обходиться без згадування про концепцію андрогінії, яка з'явилась порівняно нещодавно. Слово поєднує два грецькі корені («андро» – «чоловічий» та «гін» – «жіночий») та означає певне поєднання чоловічих і жіночих рис та властивостей в одній людині (Белкін, 2000). Послідовники даної теорії стверджують: ті чи інші властивості виявля-

ються в нас залежно від ситуації, сфери діяльності, життєвих обставин, і ця особливість дуже сприяє адаптації, адже людина з андрогінним характером не втрачає рис жодної статі, навпаки, набуває якостей, притаманних обома статям одразу. Таким чином, невдалим здається і використання дихотомічного протиставлення фемінності та маскулінності: на противагу йому, пропонується використовувати ідею континууму, що описує психологічну андрогінність. У результаті замість традиційного розподілу поведінки та чоловічу та жіночу маємо чотири психологічні типи у межах однієї статі (див. рис. 2).

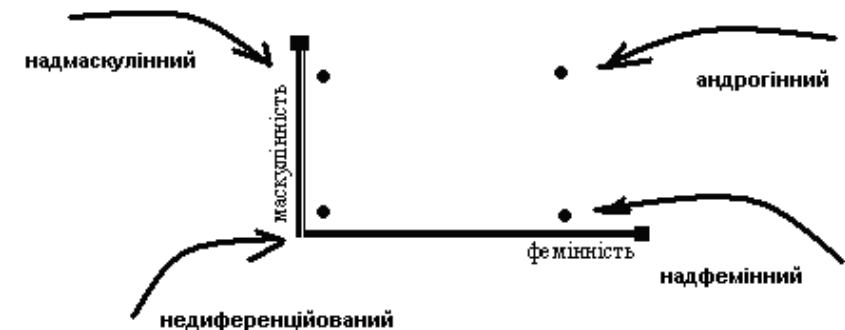


Рис. 2. Поведінкові типи у межах чоловічої статі (згідно з концепцією андрогінії)

Як бачимо, подібний підхід є вельми зручним, адже дозволяє розрізнити, скажімо, серед представників чоловічої статі такі поведінкові типи:

- а) маскулінних чоловіків, тобто тих, хто характеризується високими показниками за шкалою чоловічих властивостей та якостей та низькими показниками за шкалою жіночих якостей;
- б) фемінних чоловіків, яким притаманні високі показники за шкалою типowo жіночих властивостей та низькі показники за шкалою чоловічих якостей;
- в) андрогінних чоловіків – тих, хто демонструє високі показники за обома шкалами;
- г) психологічно недиференційованих чоловіків, які є носіями низьких показників за обома шкалами.

Послідовники концепції, до речі, вважають найбільш вірогідним вибір гомосексуальної орієнтації для всіх типів, окрім андро-

гінного – надалі ми ще повернемося до цього питання та обговоримо, чому.

Аналізуючи феномен гомосексуалізму, психологи оперують терміном *статеворольова ідентичність*, під якою мають на увазі всі якості індивідуальних комбінацій чоловічих та жіночих рис, що визначаються великою кількістю біологічних, психологічних, соціальних та культурних факторів. Біологічні фактори поєднуються з психологічними: після отримання звістки про біологічну стать своєї дитини поведінка батьків починає слідувати певному зразку, зумовленому тим, дівчинка це або хлопчик. Статеворольова ідентичність не є синонімом статевої ідентичності: під першою розуміють і всі зумовлені статтю дитини свідомі й несвідомі патерни взаємодії з іншими людьми, які великою мірою визначаються культурним середовищем, у якому розвивається дитина (Тайсон, 2006; Шапарь, 2007).

Відштовхуючись від даної концепції, спеціалісти встановлюють, наскільки комфортно або некомфортно людині у прийнятій нею ролі. Процес статевої ідентифікації відбувається у декілька етапів, а для майбутніх гомосексуалів супроводжується підвищенням внутрішньої конфліктності: юнаки та дівчата можуть відчувати моральні муки у необхідності зробити вибір, який змусить їх вступити у протиріччя з нормами більшості.

Поряд із феноменом гомосексуальності часто згадують про явище *гомофобії* – одного з різновидів ксенофобії, який полягає у страху перед гомосексуалізмом та людьми нетрадиційної сексуальної орієнтації. Гомофоби зазвичай дуже гостро і навіть агресивно реагують на будь-які прояви не-гетеросексуальності. Аналіз такої поведінки доводить: вони самі відчують неусвідомлений потяг до людей своєї статі, але, побоюючись, що їх «ненормальність» буде викрито, закликають до жорстокої розправи з гомосексуалами (Касянчук, 2008). До речі, виражена сміхова реакція на анекдоти та чорні жарти з приводу гомосексуалізму теж свідчить про вищеописані переживання (Нартова, 2004; Ценьов, 2009; Neisen, 1990).

Відаючи належне історії психологічної науки, розглянемо кілька найвідоміших *теорій гомосексуалізму*. Так, З. Фройд вважав, що гомосексуальність – результат природженої схильності людини до бісексуальності. Зазвичай розвиток дитини іде гетеросексуальним шляхом. Проте інколи, наприклад, за умов неправильного вирішення комплексу Едипа, нормальний розвиток може зупинитись на «незрілій» стадії, що й призведе до гомосексуальності. Фройд наголошував: оскільки у кож-

ного з нас є прихована схильність до гомосексуальності, за певних обставин вона може виявитись лише у зрілому віці (Фройд, 2008).

Інший психоаналітик – І. Бібер – та його колеги, розвиваючи ідеї Фрейда, зауважували, що причиною гомосексуалізму можуть бути неправильні стосунки між батьками та дітьми. Згідно з їх дослідженнями, у багатьох гомосексуалів були занадто агресивні матері та пасивні батьки, на відміну від гетеросексуалів, у яких таке співвідношення траплялось рідко (Ніколасі, 2008). Логічний висновок, якого дійшли вчені: гомосексуальність породжується страхом перед стосунками з особами протилежної статі (Мондімор, 2002).

Послідовники біхевіоризму зводять процес формування статевої орієнтації до вироблення у ранньому віці умовних рефлексів – спільно з позитивним або негативним підкріпленням за певну сексуальну поведінку (за Кон, 2003). Така позиція, хоч і здається дещо спрощеною, проте може пояснити, чому деякі гетеросексуали стають гомосексуалами вже у досить зрілому віці: якщо людина пережила неприємний сексуальний досвід спільно з вдалими гомосексуальними стосунками, вона може з часом перейти до одностатевих відносин – відомо, наприклад, що певний процент жінок, що були згвалтовані, згодом стають лесбійками (Купріянова, 2003; Рассел, 1996).

На даний момент у психологічній науці виділяють декілька великих груп *факторів, що зумовлюють формування гомосексуальної орієнтації*.

1. Спеціалісти виділяють *біологічну (природжену, ядерну) гомосексуальність*. За різними джерелами, вона пояснює від 0,2 до 10 % випадків одностатевої орієнтації (Саранков, 2006; Black et al., 2000; Diamond, 1993). Біологічна гомосексуальність спричиняється хромосомними порушеннями (інші можливі пояснення: підвищеною секрецією чоловічих гормонів у пренатальний період розвитку дитини; вироблення організмом матері антитіл до НУ-антигену, який локалізується у чоловічій хромосомі Y, причому із кожною наступною вагітністю кількість цих антитіл збільшується), а її носіїв називають істинними гомосексуалами (Левей, 2001).

Уже в ранньому віці у такої дитини виникають проблеми із статевою ідентифікацією: скажімо, їй твердять, що вона – дівчинка, але вона прагне спілкуватись та гратись із хлопцями, адже дівчата їй незрозумілі та чужі. У спільних іграх хлопці – істинні гомосексуали беруть несподівані ролі: мами, бабусі, тітки або дочки. Коли в період юнацтва такі хлопці та дівчата починають відчувати інтерес до представни-

ків власної статі, то розцінюють це як прояви дружби і не розуміють, чому вона з'явилась лише зараз, а не раніше, коли їх дражнили через її відсутність. Проте переживання цієї дружби занадто емоційне: якщо друг або подруга закохується у представника іншої статі, гомосексуал відчуває це як справжню зраду. Перебуваючи у вирі болю та страждань, хлопець вперше замислюється: «А чи чоловік я?...» Висновок, якого він дійде, може стати справжньою травмою.

Дорослому істинному гомосексуалу притаманні такі риси як активна соціалізація за вираженого прагнення відмежуватись від навколишнього світу та відсутності близьких дружніх стосунків. Він часто відчуває себе незрозумілим, неадекватно оціненим, змушений усе життя існувати серед чужих суспільних норм та діяти супроти власних статевих потреб, а тому ніколи не буде напоказ демонструвати власну орієнтацію. Такі люди часто сублімуються у творчості, інколи – в бізнесі. Завдання кризового психолога в роботі з таким клієнтом – підтримання та укріплення його ідентичності, адже її зміна неможлива з біологічних причин.

2. *Соціальна зумовленість* гомосексуалізму виражається в певних устоях, нормах суспільства або середовища, куди потрапляє суб'єкт (Фуко, 1998). Скажімо, у Стародавній Греції одностатеві контакти були звичними, про що у своїх творах згадували Платон, Ксенофонт, Аристотель та інші митці (Ліхт, 1995). Приналежність до богемі у сучасному шоу-бізнесі інколи вимагає від людини вибору одностатевих стосунків, адже, як уважається, вони свідчать про її неординарність, винятковість (навіть якщо спочатку вона не відчуває тяжіння до осіб своєї статі).

Перебування у тюрмі, армії, тривалій експедиції та інших типах закритого середовища, в якому присутні тільки представники однієї статі (навіть у школі-інтернаті або таборі відпочинку), також сприяють набуттю людиною гомосексуального досвіду (Бондаренко, 2006; Купріянова, 2002). Саме тому надмаскулінність розглядається як можлива передумова гомосексуалізму: її носії вважають за припинення мати статевої стосунки з жінками.

Неабияку роль у наслідуванні певної поведінки відіграють кумири та значущі особи (наприклад, в особі Фредді Мерк'юрі або Елтона Джона для їх прихильників).

У тому випадку, коли гомосексуальність має перехідний характер, тобто, наприклад, зумовлена відсутністю осіб протилежної статі, її називають *транзитornoю* або *замісною*.

3. Нарешті, *психологічна зумовленість* визначається багатьма складовими. Зауважимо: для того, щоб людина вибрала гомосексуальні стосунки, потрібне поєднання багатьох із наведених нижче факторів, в іншому випадку прес суспільних устоїв (принаймні, в українському суспільстві) занадто суворий для того, щоб дозволити людині легко змінити настільки нормовану традиціями річ, як статева орієнтація. У разі, коли гомосексуальна активність спричинена блокуванням гетеросексуальної через певні психологічні причини, говорять про *невротичну гомосексуальність*. Отже, серед цих причин такі.

- **Порушення батьківських відносин:** маються на увазі часті сварки між батьками із застосуванням насильства, що провокують огиду до гетеросексуальних стосунків поряд із переживанням позитивних емоцій у доброзичливих стосунках із однолітками своєї статі.

Через порушення батьківських стосунків дитині може бути прищеплене негативне сприйняття своєї статевої сутності. Наприклад, дружина авторитарного чоловіка, позбавлена багатьох свобод, не відчуває себе повноправною дружиною та господаркою – і передає критичне ставлення до всього, що вважає проявами жіночої ролі, своєї дочці.

- **Порушення батьківсько-дитячих взаємовідносин,** серед яких можливі безліч варіантів.

- **Антагонізм стосовно батьків протилежної статі:** наприклад, дочка може відчувати страх перед авторитарним батьком, який генералізується на всю чоловічу стать в цілому. Як уважає В. Ценьов, важливим фактором у розвитку статевої орієнтації є той факт, хто карає дитину і хто є для неї джерелом соціальних заборон (Ценьов, 2009). У процесі розвитку дитина ототожнює себе з тим членом родини, який її карає, саме його вона починає вважати соціальним еталоном, а у дорослому житті багато притаманних їй рис характеру будуть аналогічними тим, якими вони були у лідера серед батьків. Пасивний із батьків виступає антитезою лідера і прототипом об'єкта майбутніх симпатій та прихильності. Тому ситуація, коли лідер у родині – чоловік, але він делегує виховальні повноваження жінці, нормальна та сприятлива для доньки (мати сприймається еталоном соціальної поведінки, батько – еталоном майбутнього сексуального інтересу), але небезпечна для сина. Отже, робить висновок автор, чоловіків із гомосексуальною орієнтацією завжди буде більше, ніж жінок – серед причин тут і надмірна зайнятість батька у професійній сфері, і всезростаюча кількість матерів-одиначок.

- **Недостатня увага до дитини з боку одного з батьків,** як з боку батьків спільної з дитиною статі, так і з боку батьків протилежної ста-



ті. Аналіз доводить: у дитинстві багато жінок, які згодом стали лесб'янками, страждають від материнської холодності та байдужості (Ніколюсі, 2008). Багато гомосексуальних жінок були позбавлені довірливих та щирих стосунків із матерями, у них не було спільних інтересів, вони не займалися разом «жіночими справами». Водночас, хлопчики, які не отримали свою «порцію» обіймів від батька, у дорослому віці відчують дефіцит саме тілесних контактів із чоловіками (Жук, 2005; Rekers, 1977; Rekers, 1979). Якщо йдеться про батьків протилежної статі, то розвиток дитини може відбуватись за типом гіперкомпенсаторної реакції, коли вона нібито прагне довести, що «вона гарна і в цій ролі». Наприклад: дівчина, яку батько багато критикував у дитинстві або, як варіант, був повністю байдужим, яка відчувала себе небажаною, непотрібною дитиною, може у дорослому віці демонструвати гіперкомпенсаторну поведінку за чоловічим типом – адже з дитинства вона привчається розцінювати чоловічу роль як дещо більш гідне та чіпляється за неї.

До тих же наслідків може призвести очевидне віддання батьками переваги дитині протилежної статі («от якби ти була хлопчиком...»). Деякі жінки занадто прив'язані до батька через штучно створені обставини: батько міг вимагати від дівчини виконання специфічної функції (скажімо, він хотів мати сина, а тому заохочував дочку до чоловічих занять, виховував у ній відповідні інтереси тощо), унаслідок чого стосунки між ними були не повністю природними та вільними. Цілком можливо, що у глибині душі дівчинка відчувала себе незрозумілою, людиною, яку приймають не за ту, якою вона є насправді (Нартова, 2004).

• Особливості характеру дитини також мають неабиякий вплив на становлення статевої ідентичності. Для дівчат критичною є комбінація надмірної замкненості, боязкості, що призводять до проблем у спілкуванні з особами протилежної статі, та комплекс потворності щодо своєї зовнішності. Частина дівчат, які згодом стали лесб'янками, у дитинстві справді поводитись не так жіночно, як їхні подруги-однолітки, і компенсували це напускними безтурботністю та байдужістю, прагненням керувати та наказувати, зневагою до небезпеки, демонстрацією агресивності, різкості, грубості (Кон, 2003). Дівчина з описаною поведінкою відчуватиме ще більші складнощі із налагодженням стосунків із хлопцем, які приносили б їй задоволення.

Після прояснення суті питання звернемось до більш практичної його частини: чи існують варіанти психологічної допомоги гомосексуалам? І якщо так, то в чому полягає така допомога? Чи потрібна вона взагалі?

Розпочнемо з відповіді на останнє запитання. «Чому мені не дозволяють бути щасливим таким, який я є?» – можна часто почути від гомосексуалів. Проте насправді важливо зрозуміти, чи можливо це взагалі. Так званий «навколишній світ» є своєрідним дзеркалом, в якому людина може побачити своє відбиття. І ніколи – відбиття іншої людини, адже несвідомо ми відфільтруємо від об'єктивної, однакової для всіх реальності те, що вважаємо адекватним самим собі. Отже, чим більше гомосексуал відчуває потребу «боротися» з навколишнім світом, тим більше, насправді, він відчуває власну неповноцінність перед ним, тобто поводитьсь згідно з механізмом гіперкомпенсації (Бермант-Полякова, 2006; Розовая психотерапія, 2001).

Визнання можливості та припустимості наявності гомосексуального потягу в здоровій людини (тобто тієї, яка не є носієм психіатричних захворювань або відхилень) не скасовує цілого комплексу психологічних та соціальних проблем, пов'язаних із нестандартною сексуальною орієнтацією. Пригадайте частину лекції, присвячену зумовленості гомосексуалізму. Дитина, яка розвивається в описаних вище обставинах, звичайно збентежена і відчуває неповноцінність стосовно власної статевої ідентичності. Хлопець упевнений, що він гірший за своїх товаришів, адже йому бракує хлоп'яцтва, рішучості, твердості, відваги, сили, у нього недостатньо чоловічої зовнішності і немає здібностей до спорту. Дівчина переживає свою неповноцінність порівняно із однолітками, адже у неї недостатньо жіночі інтереси, поведінка або фігура. Важливий момент – відсутність відчуття, що ти належиш до чоловічого або жіночого світу, розуміння того, що ти відрізняєшся від інших дівчат або хлопців.

Почуття неповноцінності, яке переживає дитина або підліток, призводить до самодраматизації, жалості до себе та викривлює уявлення щодо інших представників своєї статі: він ідеалізує їх, виділяє тих, хто «кращий», і така «кращість» забезпечується їхніми фізичними даними або властивостями, відсутніми, як він вважає, у нього самого. Прагнення до представника своєї статі, як правило, має пасивний характер і зовсім не схоже на звичайну закоханість, адже за ним криються почуття безнадії та болю (Кон, 2003; Розовая психотерапія, 2001).

Яка роль психолога у роботі з клієнтом нетрадиційної орієнтації? Залежно від мети, яку ставлять клієнт і терапевт у своїй взаємодії, розрізняють *гей-афірмативну* та *гей-конверсивну* терапію гомосексуалізму. До афірмативної терапії звертаються тоді, коли людина вибирає залишити гомосексуальну орієнтацію і прагне підтримки в укріпленні

обраного Я-образу. Показником її успішності можна вважати «coming out», «вихід із підпілля», коли гомосексуал перестає приховувати або соромитись себе та свого вибору (Лев, 2003). Конверсивна терапія має за мету зміну сексуальних переваг та використовується тоді, коли людина вирішила перебороти гомосексуальні патерни поведінки. Вкрай важливо, щоб терапевт проробив власні комплекси та страхи щодо гомосексуальної орієнтації його клієнтів, не намагався «прищепити» їм свою позицію, а повністю орієнтувався на отриманий запит. Як свідчить практика, в ході терапії (звичайно, належним чином організованої, проведеної на високому рівні) запит може змінюватись, а майстерність терапевта полягає у спроможності «йти за клієнтом», довіряючи йому та завжди залишаючи можливість робити власний вибір (Нарицин, 1998; Hanley-Hackenbruck, 1989). Саме ситуація негнучкості терапевта може пояснювати нерідкі свідчення щодо неефективності психотерапевтичної роботи зі зміни сексуальної орієнтації: у процесі терапії клієнт може змінити запит, скажімо, на вміння знаходити в собі ресурси, тобто спиратись на певний «внутрішній стрижень», а ріст особистісної зрілості викличе зміну гомосексуальних стосунків на гетеросексуальні – як «побічний ефект»; водночас, здобувши самоповагу та самоприйняття в ході терапевтичної роботи, клієнт може змінити запит у протилежний спосіб – тобто знайти в собі сміливість та внутрішню силу здійснити «coming out».

Розглянемо детальніше склад кожного з напрямків терапевтичної роботи. *Афірмативна терапія* включає:

а) інформаційну терапію: роз'яснення «нормальності» обраної орієнтації, надання літератури авторів, толерантних до феномену гомосексуалізму (в тому числі така інформація вельми потрібна родині клієнта, адже люди зрілого та похилого віку можуть сприйняти звістку про гомосексуалізм юнака або дівчини дуже болісно – з усіма можливими наслідками: скандалами, утисками, накладанням обмежень, ізоляцією тощо);

б) стрес-менеджмент та навчання релаксаційних технік;

в) прояснення заборон та пов'язаних із ними почуттів: чому ви вважаєте, що бути гомосексуалом – погано? Це загрожує вам? Це соромно? Огидно? Страшно? Де у вашому тілі живуть ці почуття? Як вони себе виявляють? Даний напрямок роботи має всі переваги терапії усвідомлення: значно легше жити з тим ворогом, якого знаєш «в обличчя» (Кочюнас, 2000);

г) формування адаптивних поведінкових стратегій: мається на увазі, зокрема, позбавлення так званої компульсивної сексуальності (наслідками якої може бути відомий феномен небезпечного для здоров'я гомосексуала «туалетного сексу») та вироблення лінії поведінки, яка дозволить рівно, не провокуючи конфліктів і не втрачаючи відчуття власної гідності, реагувати на агресивні або маніпулятивні докучання оточуючих (Кон, 2003);

д) групові форми роботи, які матимуть на меті набуття навичок конструктивної взаємодії з представниками обох статей та підвищення самооцінки клієнта (Аннекен, 1992; Рудестам, 1993).

Елементи *конверсивної терапії* (інші назви – відновна, репаративна) пропонуються в межах різних психологічних шкіл. Нижче наведено перелік найбільш відомих із них:

а) побудування психологічного анамнезу, метою якого є прояснення тих фактів та подій дитинства, які могли б зумовити формування нетрадиційної сексуальної орієнтації; робота з батьківськими образами, мета якої – перетворення клієнта на незалежного, дорослого сина своїх батьків, який добре до них ставиться, приймає їх такими, які вони є, та не несе в собі руйнівного бажання помститись (Кочюнас, 2000; Рудестам, 1993);

б) десенсибілізація, прихована сенсибілізація, фокусом яких є гомосексуальний інтерес, думки, збудження;

в) руйнування ірраціональних блоків стосовно гетеросексуальності – через використання перефразу, зміни акцентів у твердженні тощо (див. приклад у табл. 2);

г) набуття навичок взаємодії з власною та протилежною статтями – без компенсаторних дій – у межах групової терапії (Аннекен, 1992).

На останній складовій конверсивної терапії зупинимось більш детально. Схильні до гомосексуалізму люди відчувають себе вкрай невпевнено, перебуваючи серед однолітків-гетеросексуалів, особливо якщо у дитинстві вони переживали складнощі з адаптацією у групах дітей своєї статі.

У групі гомосексуалу можуть бути притаманні характерні поведінкові тенденції:

- демонстрація себе як людини, що потребує розуміння, підтримки, безумовного прийняття членами групи;
- задоволення потреби у визнанні та схвалюванні;
- самоприниження та знецінювання себе, схильність до декомпенсації та компульсивного пошуку сексуальних партнерів.

Таблиця 2

Вправа «Магічний квадрат»

Твердження, яке підлягає переосінці: «Особи протилежної статі мені не цікаві».

Якщо це твердження – правильне, то...	
1. Що зі мною відбувається?	2. Чого зі мною не відбувається?
Якщо це твердження – неправильне, то...	
3. Що зі мною відбувається?	4. Чого зі мною не відбувається?

*Примітка:* сектори 1 та 2 відкриють клієнту ті переваги та недоліки, які несуть слідування певному переконанню для його життя. Сектор 3 дозволить «приміряти» на себе нове переконання, а сектор 4 – зрозуміти, чого людина себе позбавляє, обмежуючись конструкцією, що виступає об'єктом аналізу.

Зазначена поведінка зумовлює такі типи реакції групи на гомосексуального учасника:

- розуміння та прийняття, щирість у наданні зворотного зв'язку;
- підвищення тривоги на присутність гомосексуала серед чоловіків, які в минулому мали або яким на даний момент притаманні сумніви у власній гетеросексуальності;
- захисна схильність до відходу в інтелектуалізацію (розповіді про власний гомосексуальний досвід, безплідне мудрування про поширеність гомосексуалізму світом);
- спроби переконати гомосексуала, чітко виражене неусвідомлене прагнення «перебудувати» його під традиційні гендерні патерни (Кочюнас, 2000; Рудестам, 1993)<sup>6</sup>.

<sup>6</sup>У 2009 році керівна рада Американської психологічної асоціації (АРА), що поєднує 150 тис. фахівців, прийняла резолюцію, яка рекомендує американським спеціалістам утримуватись від обговорення з клієнтами різних методів, спрямованих на зміну сексуальної орієнтації. У такий спосіб АРА підтверджує, що не вважає гомосексуалізм окремим психічним розладом. Чи означає це, що, згідно з АРА, зміна сексуальної орієнтації неможлива? Ні: доповідачі АРА доводять, що часто у відповідних джерелах не розрізняються власне сексуальна орієнтація та сексуально-орієнтаційна ідентичність. Під першою розуміють сексуальні почуття та бажання, які не піддаються вольовому контролю, під другим – те, як індивід себе визначає, обирає групову приналежність, сексуальні цінності тощо. У такому випадку зміни, в тому числі, за допомогою психотерапії, можливі (Кон, 2009) (*Прим. авт.*).

ДОДАТОК 4. I. Кон «Обличчя та маски одностатевої любові.  
Місячне сяйво на зорі» (с. 374–416, скорочено)

...Між становленням гетеро- та гомосексуальної ідентичності є принципова різниця.

Оскільки весь процес гендерної соціалізації спрямований на формування гетеросексуальності, яка вважається необхідним аспектом статевої / гендерної ідентичності – «будь-який нормальний чоловік відчуває потяг до жінок, і навпаки» – «натуральні» хлопці та дівчата не «відкривають» свою сексуальну ідентичність і не замислюються про неї, а приймають, засвоюють її у готовому вигляді, як дещо, дане природою. Власне статева ідентичність стає для дитини проблемою, тільки якщо у неї щось негаразд, наприклад, якщо будова її тіла або поведінка не відповідають загальноприйнятим уявленням та статево-рольовим очікуванням, змушуючи оточуючих людей задуматись: а чи справжній це хлопець або дівчина?

Навпаки, сексуальна ідентичність геїв та лесбіянок проблематична з самого початку, завжди. Вони не знаходять, а відкривають та створюють її, необхідний обсяг індивідуальної творчості тут більший.

...Пригадуючи своє дитинство, багато геїв та лесбіянок зауважують, що з раннього віку вони відрізнялись від однолітків своєї статі: одягались по-іншому, полюбили не ті ігри, обирали не тих партнерів тощо. 71% сан-франциських геїв та 70% лесбіянок сказали, що у шкільні роки відчували себе несхожими на однолітків своєї статі; серед гетеросексуальних чоловіків та жінок так відповіли відповідно 38 та 51%.

Гендерні стереотипи, поведінка, почуття та особливо образи Я перед-гомосексуальних хлопчиків та дівчат відрізняються від притаманних гетеросексуальним одноліткам, причому в чоловіків ці розбіжності виражені сильніше, ніж у жінок. Між дитячим гендерним нонконформізмом, підлітковим гомоеротизмом та дорослою гомосексуальністю є не лише статистична кореляція, а й причинний зв'язок: перше породжує друге.

За багатьма параметрами соціального та емоційного розвитку дитини вирішальну роль відіграють не батьки, а однолітки, які завжди помічають порушення неписаного гендерного коду та жорстко карають його порушників. Причому жіночних хлопців відкидають хлопці, проте їх охоче приймають дівчата, а маскулітних дівчат, навпаки, відштовхують дівчата, проте приймають хлопці.

Жорсткий психологічний тиск змушує хлопців усіляким чином викоринювати в собі ознаки жіночності, і більшість з них це завдання більш-менш виконує. Проте тим, у кого фемінних задатків було з самого початку більше, зробити це значно важче, процес дефемінізації затягується, породжуючи стійкі, іноді на все життя, сумніви у власній маскулінності. Такі хлопці набагато комфортніше почувуються серед жінок і, водночас, відчувають значний інтерес до чоловічого начала, що виступає для них недосяжним зразком. У період статевого дозрівання цей гіпертрофований потяг до маскулінності персоніфікується та нерідко еротизується. Одних хлопців тягне до старших, сильніших, фізично розвинених та маскулінних підлітків та юнаків; спілкування з ними, не обов'язково сексуального забарвлення, долучає їх до жаданої мужності, в якій, як їм здається, їм самим відмовлено. Інші, навпаки, тягнуться до молодших, слабших та тендітніших хлопців, серед яких вони почувуються впевненіше та маскулініше, ніж серед однолітків. Це створює сприятливий емоційний фон для формування гомоеротизму та вибору відповідного об'єкта прив'язаності – старшого та сильнішого або, навпаки, молодшого та слабкішого.

Психологічні механізми цього процесу вивчені недостатньо. Майкл Стормс приділяє головне значення співвідношенню темпів статевого та соціального дозрівання. У дитини, яка дозріває рано, лібідо пробуджується, коли у першому колі її спілкування й емоційних прихильностей домінують однолітки її статі, і ця гомосоціальність сприяє розвитку гомоеротичних нахилів. Пізніше статеве визрівання, коли хлопчики та дівчатка вже досить інтенсивно спілкуються між собою, навпаки, сприяє гетеросексуальності. За умов однакового темпу статевого дозрівання гомоеротизм буде тим сильніший, чим триваліший період статевої сегрегації, що існує у даному середовищі. Послаблення статевої сегрегації, навпаки, сприяє розвитку гетеросексуальності.

Стормс підкріплює своє теорію посиланнями на те, що у геїв раніше пробуджуються сексуальні інтереси і вони раніше розпочинають сексуальне життя. Меншу поширеність гомосексуальності у жінок він пояснює через пізніше пробудження лібідо і значно меншу, порівняно з хлопцями, гомосоціальність. Проте хоча статєва сегрегація та гомосоціальність дійсно сприяють поширенню гомосексуальних контактів серед підлітків, вони зовсім не обов'язково породжують стійку гомосексуальну орієнтацію. Крім того, на противагу думці Стормса, гомосексуальні діти частіше за інших порушують сексуальну гендерну сегрегацію та віддають перевагу іграм з дітьми протилежної статі.

...Діти, поведінка яких відповідає статево-рольовим / гендерним очікуванням, почувуються різними порівняно з однолітками протилежної статі, яких вони сприймають як несхожих, незнайомих та екзотичних. Навпаки, гендерно-неконформні діти будуть почуватись відчуженими від однолітків власної статі, сприймаючи їх як несхожих, незнайомих та екзотичних.

Почуття своєї несхожості на інших людей дуже притаманне гомосексуалам, воно спричиняє підвищений інтерес і водночас почуття незграбності, напруженості в спілкуванні, яке Дарил Бем називає «неспецифічним автономним збудженням». Гетеросексуальні діти частіше переживають його у присутності осіб протилежної, а гомосексуальні – своєї статі. Типово маскулінна дитина – байдуже, хлопець або дівчина – відчуває неприязнь або презирство стосовно дівчат («дівчата – плакси»), а типово фемінна дитина, навпаки, відчуває збентеження, страх або незграбність серед хлопців.

Як і чому це неспецифічне збудження еротизується? Хоча у більшості випадків люди віддають перевагу спілкуванню з тими, хто схожий на них самих, у любовних стосунках домінує орієнтація на доповнюваність: у вдалих подружніх парах, як правило, партнери психологічно взаємодоповнюють один одного, занадто схожі люди не уживаються. На відміну від симпатії, пристрасть та сексуальне збудження потребують новизни, несподіваності, таємничості, ризику, іноді навіть ворожості.

До початку статевого визрівання майбутні геї та лесбіянки страждають, переважно, від того, що їх інтереси не співпадають із тим, що подобається більшості однолітків їхньої статі. Потім на перший план виходять сексуальні проблеми... У цілому, дитинство гомосексуальних хлопців виглядає більш сексуалізованим. Більшість учених вважають раннє статеве визрівання гомосексуальних хлопців об'єктивним фактом, пов'язаним із статевим диморфізмом: відомо, що дівчата визрівають раніше за хлопців, отже, гомосексуальні хлопці у цьому сенсі схожі на гетеросексуальних дівчат. Про біологічну детермінацію свідчить і той факт, що середня вага гомосексуальних чоловіків, у тому числі новонароджених, менша, ніж їх гетеросексуальних однолітків. Проте відрізнити об'єктивні розбіжності від атрибутивних дуже важко, тим більше – за умов ретроспективного самозвіту (можливо, гомосексуали просто звертають більше уваги на власні сексуальні реакції).

Підліток може тривалий час не здогадуватись про свою гомосексуальність. Проте раніше чи пізніше його насторожує, що замість потя-

гу до осіб протилежної статі він відчуває інтерес до тіла одностатевих однолітків. Сам по собі цей інтерес не є чимось винятковим, його відчувають і багато «натуральних» хлопців. Проте якщо для натурального хлопця чоловіче тіло – об'єкт порівняння, заздрісного захоплення або потенційна загроза, то для юного гея до цього примішується, пригнічуючи все інше, еротичне почуття.

Квінтесенція підліткової сексуальності – мастурбаційна уява. Мастурбацією займаються переважна більшість хлопців-підлітків, незалежно від їх сексуальної орієнтації. Проте гетеросексуальні підлітки уявляють при цьому переважно людей протилежної, а гомосексуальні – своєї статі. Така уява, де гомоеротизм поєднується з нарцисизмом, психологічно ще більше заборонена, ніж сам акт мастурбації. Закріплюючись у пам'яті, вона стає центральним елементом сексуального сценарію особистості. Людина прагне відтворювати не стільки мастурбаційні дії, скільки пов'язані з ними еротичні образи.

...Пристрасна дружба-закоханість, еротичного підтексту якої підлітки самі, як правило, не усвідомлюють, трапляється у підлітків обох статей. Із різною мірою відвертості такі стосунки описуються у багатьох «шкільних повістях», романах виховання (Герцен, Ромен Роллан) та кінофільмах (наприклад, у фільмі Сергія Потепалова «Чужа компанія»). У романтичній дружбі еротичні обертони приглушені та навіть неусвідомлені. Чим більше підлітки знають про себе та одностатеву любов, тим скоріше ця дружба перетворюється на усвідомлену закоханість, яка за своєю емоційною тональністю нічим не відрізняється від «звичайного» кохання.

У масовій свідомості дуже поширена думка, що головна причина гомосексуальності – «розбещування» підлітків дорослими. Насправді перший гомосексуальний досвід хлопці, як правило, отримують не з дорослими чоловіками, а з однолітками або не набагато молодшими чи старшими підлітками.

Модель розбещення засновується, головним чином, на узагальненні випадків сексуального зловживання, коли дитину або підлітка примусили до сексуальних дій, яких вона сама не хотіла, які суперечили її переконанням та поєднувались із порушенням багатьох інших сексуальних заборон, наприклад, інцесту. Судячи з наявних даних, дитячий та підлітковий досвід гомосексуальних чоловіків та жінок містить значно більше випадків інцесту та сексуального примусення, ніж досвід гетеросексуальних людей. Проте порівнювати ці дані складно, необхідно враховувати й особливості вибірки, і вік дитини, і

що саме з нею робили. Будь-яка насильницька дія порушує права особистості, проте співвідношення фізичних, емоційних та сексуальних її елементів може бути різним. І ретроспективна оцінка події, і її довгостроковий психологічний ефект залежать не лише і не стільки від співвідношення віку та статі учасника, скільки від характеру їх взаємовідносин. Дитина – не простий об'єкт чужих маніпуляцій, а самосвідомий суб'єкт діяльності.

Учені виділяють чотири стадії у процесі формування гомосексуальної ідентичності.

Стадія *передчуття або сенситизації* відбувається у допубертатному періоді, коли хлопці та дівчата ще не замислюються про свою сексуальну орієнтацію та автоматично вважають себе гетеросексуальними. Хоча багато передгомосексуальних дітей вже відчувають та усвідомлюють, що за своїми інтересами, зовнішністю та поведінкою вони відрізняються від однолітків своєї статі, і це викликає в них неясну тривогу, ці розбіжності ще не виливаються у певні поняття та описуються скоріше метафорами фемінності та маскулітності (наскільки я «справжній» хлопець або дівчина?), ніж еротики (хто мене сексуально приваблює?)

Стадія *сумнівів та змішаної ідентичності*, коли індивід уже замислюється про свою сексуальну ідентичність, проте ще не може чітко визначити її, припадає на підлітковий вік та початок юнацтва. Це найдраматичніший та психологічно найнапруженіший етап розвитку.

Фаза *прийняття та визнання* себе також протікає по-різному. Її вікові межі та тривалість залежать як від індивідуальних особливостей людини, так і від її соціального середовища. Чим терпиміше суспільство, тим легше підлітку перебороти свої внутрішні конфлікти та прийняти власну сексуальну орієнтацію.

Стадія *гомосексуальної ідентифікації*, що настає лише в дорослих, найкраще виражається поняттям співпричетності: індивід приймає свою гомосексуальність як певний стиль життя, підтримання якого для нього важливіше та приємніше можливих альтернатив. Ця фаза зазвичай співпадає з появою більш-менш стійких партнерських стосунків, на відміну від випадкових сексуальних зв'язків. Її внутрішні ознаки: злиття сексуальності з емоційністю, сприйняття гомосексуальної ідентичності як інтегральної частини власного Я та задоволеність нею.

Латентний гомоеротизм не обов'язково переходить у гомосексуальну поведінку, а усвідомлення своєї гомосексуальності ще не означає визнання себе геєм або лесбіянкою. Навіть багато підлітків, які охоче експериментують з однолітками своєї статі, не поспішають ідентифіку-

вати себе як геїв або лесбіянок. Більшість підлітків розвиваються у напрямку гетеросексуальності та вже не мають гомоеротичних почуттів. З гомосексуалами відбувається інше. Оскільки цей вибір для багатьох складний, деякі підлітки та юнаки уникають або відкладають його, переконуючи себе та інших, що їх одностатеві переваги випадкові, заперечують гомоеротичну природу своїх потягів або намагаються використати їх за допомогою психотерапії або самовиховання.

Навіть за найсприятливіших соціальних умов життя гомосексуальних підлітків значно важче, ніж їх «натуральних» однолітків. Не наважуючись жити власним, лише для нього можливим життям, «голубий» підліток змушений залицятись до тих, кого він не зможе любити, та любити тих, до кого він не може залицятись. Це перетворює його життя на болісне чергування несправжніх та не сумісних між собою ролей та масок.

«Голубим» дівчатам та хлопцям ні на кого рівнятися. Ніхто не вчить їх, як поводитись із людиною, яка сподобалась. Вони не наважуються викрити свої почуття, побоюючись, що їх «неправильно зрозуміють» або здогадаються про їх таємницю. Звідси – постійний та болісний самоконтроль. Сором'язливість, яка породжується цим, погіршує комунікативні труднощі. Доля юних геїв та лесбіянок значно гірша становища представників будь-якої расової, національної або культурної меншості.

...Проблема так званої «чутливості геїв» (gay sensibility) означає, з одного боку, високу емоційну збуджувальність, сприятливість та вразливість, а з іншого – підвищений артистизм та художні здібності. Ці взаємопов'язані риси справді притаманні багатьом геям. Підвищена естетична чутливість, художні інтереси та здібності виявляються у геїв уже в ранньому дитинстві. Гомосексуальні хлопчики всюди віддають перевагу акторській діяльності та танцям порівняно із силовими або змагальними видами спорту.

Існують три альтернативні (або компліментарні) пояснення «чутливості геїв»:

1. Гомосексуали від природи характеризуються підвищеними художніми здібностями завдяки поєднанню в їх психіці чоловічих та жіночих рис, яке допомагає їм долати гендерну обмеженість.

2. Висока питома вага гомо- та бісексуалів серед артистів та художників пояснюється тим, що ці заняття надають більше свободи, ніж інші сфери життя, жорстко підпорядковані гендерним стандартам.

3. Маргінальне становище мимовільних аутсайдерів у поєднанні з підвищеною чутливістю дають геям особливе бачення світу, що сприяє художнім відкриттям. Згідно з американським письменником Девідом Лівіттом, гомосексуальність, що зробила його ізгомем, тим самим примусила його подивитись на світ зі сторони та побачити те, чого інші не бачать.

Проте важлива не стільки сексуальна маргінальність, скільки індивідуальна спроможність її творчого осмислення. Властивості популяції або культури зовсім не обов'язково є властивостями всіх індивідів, що належать до неї.

**Завдання для самоконтролю до розділу  
«Гомосексуалізм як криза ідентичності.  
Терапія гомосексуалізму» та додатка 4**

*I. Виберіть правильну(-і) відповідь(-і) до наведених нижче питань.*

1. Генетично та фізіологічно закріплені за людиною особливості будови статевих органів, які визначають її роль у процесі запліднення, відповідають поняттю:

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| а) гендер;           | в) квір;     |
| б) біологічна стать; | д) андрогін. |

2. Зазначте факти, які, на вашу думку, будуть із більшою вірогідністю присутні у психологічному анамнезі жінок гомосексуальної орієнтації:

- а) відсутність глибоких та відвертих стосунків із матерями;
- б) незрозумілність, відчуття, що дівчину приймають не за ту, ким вона є насправді;
- в) досвід партнерських стосунків із хлопцями;
- г) досвід важкої фізичної праці;
- д) комплекс потворності з акцентом на недостатній жіночності та привабливості.

3. Усі наведені нижче наслідки конверсивної терапії підлітка-гомосексуаліста свідчитимуть про її успішний хід, за винятком:

- а) зменшення жіночності;
- б) підвищення самооцінки;

- в) більшої зрілості;
- г) зниження тривожності та депресії;
- д) зменшення популярності серед хлопців-однолітків.

4. Чому, на вашу думку, для конверсивної терапії спеціалісти рекомендують клієнту роботу з терапевтом тієї ж статі, що і він сам? Такий вибір надає кращі можливості ...

- а) проробити перенесення;
- б) проаналізувати притаманний клієнту екзистенціальний страх;
- в) проробити сублімацію;
- г) усі відповіді правильні.

5. Ситуація, коли у людини природжений компонент статевої поведінки, тобто певна ділянка мозку, ще в період внутрішньоутробного розвитку формується за жіночим типом, а статеві органи – за чоловічим (або навпаки), описується терміном:

- а) латентний гомосексуалізм;
- б) біологічний гомосексуалізм;
- в) андрогінія;
- г) квір-теорія.

### II. Доповніть твердження.

1. Висловлювання юнака – відвідувача одного з гей-форумів «деяких геїв я ненавиджу, і головне – починаю ненавидіти їх у масі. Це нормальна людська реакція на розбещених, розперезаних особин» є прикладом феномену ...

2. У разі ... гомосексуальності (*вписати вид*) відбувається придушення та витіснення гомоеротичних бажань, що зумовлює агресивну поведінку стосовно людей із відповідною орієнтацією або чоловіків узагалі.

3. Андрій – гей, проте, не сумніваючись, що належить до сексуальної меншості, він не приймає свою гомосексуальну ідентичність. З'являючись у місцях зустрічі геїв, він усім своїм виглядом натякає на існування невидимої межі між ним та рештою геїв. Акцент на презирстві стосовно гомосексуалів у поєднанні з демонстрацією власної переваги над ними є прикладом психологічного захисту за типом ..., яким юнак викриває інтерналізоване презирство до власної гомосексуальності.

4. Часто зафіксовані стосунки гомосексуала з батьками можуть уміщувати деякі ... елементи: людина перебуває у залежності від матері і водночас спричиняє нескінченні сварки, щоб вилити своє роздратування на неї.

5. У психології відомий такий експеримент. Коли дорослих людей просили оцінити зовнішність дитини, то з'ясувалось, що попередня інформація щодо її статі корінним чином впливала на оцінки. Даний досвід демонструє, як сильно залежить формування ... від поведінки та очікувань батьків.

III. Уважно прочитайте наведені нижче рекомендації щодо «coming out» з батьками, які може дати терапевт клієнту-гею в ході афірмативної терапії. Поставте напроти твердження «П», якщо ви вважаєте його правильним та психологічно обґрунтованим, або «Н», якщо – ні.

1. Краще утримуватись від різких та безапеляційних тверджень.
2. «Coming out» краще проводити, коли вся родина разом, адже колектив завжди більш толерантний, ніж одна особа.
3. Не треба діяти за шаблоном та очікувати на шаблонну, десь і кимсь прописану реакцію.
4. Звістка про нетрадиційну сексуальну орієнтацію повинна «впасти» на підготовлений ґрунт: корисно заздалегідь надати батькам можливість, наприклад, ознайомитись із відповідною літературою.
5. Навіть якщо ви вагаєтесь та почуваетесь невпевнено, не відкладайте цієї розмови: краще так, аніж ніяк.
6. Реакція батьків може бути цілком непередбачуваною, і це нормально: вони можуть ставити безглузді запитання, розпочнуть обшук серед ваших особистих речей, демонструватимуть холодність та віддаленість.

### Бібліографічний список

1. Аннекен Г. Тренинг уверенности и контакта в группе / Габи Аннекен, Лиц Эгельмайер, Ева Кесслер. – Ростов н/Д., 1992. – 61 с.
2. Бейлькин М. М. Тайны и странности «голубого» мира / М. М. Бейлькин. – Челябинск : ТО «Каменный пояс», 1998. – 223 с.
3. Белкин А. И. Третий пол. Судьбы пасынков природы / А. И. Белкин. – М. : Олимп, 2000. – 432 с.

4. Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия / О. В. Бермант-Полякова. – СПб. : Речь, 2006. – 248 с.
5. Берн Ш. М. Гендерная психология / Шон Меган Берн. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2001. – 320 с.
6. Бондаренко В. Командирская коечка / В. Бондаренко. – М. : Квир, 2006. – 246 с.
7. Витакер Д. С. Группы как инструмент психологической помощи / Д. С. Витакер. – М. : Независимая фирма «Класс», 2000. – 432 с.
8. Джагоз А. Введение в квир-теорию / Аннамари Джагоз. – М. : Канон + ОИ «Реабилитация», 2008. – 208 с.
9. Жук И. А. Особенности Я-концепции мужчин гомосексуальной ориентации / И. А. Жук // Сб. статей по мат. лучших дипломных работ выпускников ф-та психологии СПбГУ 2004 года / Под научн. ред. Л. А. Цветковой, В. Б. Чеснокова. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2005. – С. 71–79.
10. Исаев Д. Д. Гомосексуалы как группа риска психического здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psyonline.ru/info/article/other/44>. – Загл. с экрана.
11. Касянчук М. Социология Бабы-Яги или сколько голубых в Донбассе / М. Касянчук // Симона. – 2008. – № 13. – С. 24–25; № 14. – С. 24–25.
12. Клейн Л. С. Другая любовь / Л. С. Клейн. – М. : Фолио, 2000. – 864 с.
13. Клейн Л. С. Другая сторона светила / Л. С. Клейн. – М. : Фолио, 2002. – 656 с.
14. Кон И. Важное решение Американской психологической ассоциации [Электронный ресурс] / Игорь Кон. – Режим доступа: [http://www.gay.ru/science/kon/remark/apa\\_2009\\_kon.html](http://www.gay.ru/science/kon/remark/apa_2009_kon.html). – Загл. с экрана.
15. Кон И. С. Лики и маски однополрой любви. Лунный свет на заре / И. С. Кон. – М. : «Изд-во Олимп»: ООО «Изд-во АСТ», 2003. – 574 с.
16. Кон И. С. О нормализации гомосексуальности / И. С. Кон // Сексология и сексopatология. – 2003. – № 2. – С. 2–12.
17. Кософски И. С. Эпистемология чулана / И. С. Кософски. – М. : Идея-Пресс, 2002. – 272 с.
18. Кочарян А. С. Психотерапевтическая коррекция нарушений полоролевой структуры подростков / А. С. Кочарян, Т. Г. Журавлева // Вісн. Харків. ун-ту. Серія Психологія. – 2000. – № 483. – С. 87–93.

19. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика / Учеб. пособие / Р. Кочюнас. – М. : Академический проект, 2000. – 240 с.
20. Куприянова И. С. Насилие в отношении гомосексуальных женщин: повседневный опыт / И. С. Куприянова // Насилие и социальные изменения: Альманах. – Вып. IV. – М. : АННА, 2003. – С. 63–71.
21. Куприянова И. С. Уголовная субкультура как социальная детерминанта гомосексуального поведения мужчин в пенитенциарных учреждениях / И. С. Куприянова // Социальные, медицинские, психологические аспекты профилактики ИППП / ВИЧ / СПИДа в пенитенциарных учреждениях: Межрегион. науч.-практ. конф., Саратов, 28 февраля 2002 г.: Избр. мат. / Центр Международного Взаимопонимания. – Саратов, 2002. – С. 30–33.
22. Лацци Б. Жизнь в розовом цвете. Однополая семья о себе и не только... / Б. Лацци, М. Канторова. – СПб. : Лира, 2006. – 189 с.
23. Лев А. И. Гомосексуальные семьи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lesbiru.com/family/child6.html>. – Загл. с экрана.
24. Левэй С. О зависимости мужской гомосексуальности от биологических факторов / Левэй Саймон, Хэмер Дин Х. // Сексология: Хрестоматия / Под науч. ред. Д. Н. Исаева. – СПб. : Питер, 2001. – С. 241–256.
25. Лихт Г. Сексуальная жизнь в Древней Греции / Ганс Лихт. – М. : Крон-Пресс, 1995. – 430 с.
26. Мондимор Ф. М. Гомосексуальность: естественная история / Ф. М. Мондимор. – Екатеринбург : У-Фактория, 2002. – 333 с.
27. Наричын Н. Н. Доверительный разговор – о любви и не только / Н. Н. Наричын. – М. : АСТ-пресс, 1998. – 448 с.
28. Нартова Н. Про «уродов и людей»: гетеросексуальность и лесбийство / Н. Нартова // Гендерные исследования. – 2004. – № 10. – С. 197–206.
29. Николоси Дж. Предотвращение гомосексуальности / Джозеф Николоси, Линда Николоси. – М. : НФ «Класс», 2008. – 312 с.
30. Рассел П. 100 кратких жизнеописаний геев и лесбиянок. – М. : Крон-Пресс, 1996. – 423 с.
31. Розовая психотерапия: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами / Под ред. Д. Дэйвиса, Ч. Нила. – СПб. : Питер, 2001. – 333 с.
32. Рудестам К. Психокоррекционные группы: теория и практика. – М. : Универс, 1993. – 368 с.



33. Саранков Ю. Медицинские потребности и проблемы мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами. – К. : СПИД Фонд Восток-Запад, 2006. – 104 с.
34. Словарь практического психолога / Под ред. С. Ю. Головина. – Минск : Харвест, 1998. – 799 с.
35. Суковатая В. Квир-теория и литературные практики на Западе и в России // Сб. Европ. Гуманитар. ун-та «Девиантность в социальном, литературном и культурном контекстах: опыт мультидисциплинарного осмысления» / Под ред. А. Лало, Н. Шитова. – Минск : Юнипак, 2004. – С.154–175.
36. Тайсон Ф. Психоаналитические теории развития / Филлис Тайсон, Роберт Тайсон. – М. : Когито-центр, 2006. – 207 с.
37. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни. – М. : Азбука, 2008. – 224 с.
38. Фуко М. История сексуальности-III: Забота о себе. – К. : Дух и литера; Грунт, 1998. – 288 с.
39. Ценев В. Переменка пола [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyberia.ru/psychodiary/remenka>. – Загл. с экрана.
40. Ценев В. Прилежно выученный гомосексуализм [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyberia.ru/mindterritory/gay>. – Загл. с экрана.
41. Шапарь В. Новейший психологический словарь. – М. : Феникс, 2007. – 816 с.
42. Эстес К. П. Бегущая с волками: Женский архетип в мифах и сказаниях. – М. : ООО Издательство «София», 2008. – 656 с.
43. Black D. Demographics of the Gay and Lesbian Population in the United States: Evidence from Available Systematic Data Sources / D. Black, G. Gates, S. Sanders, L. Taylor // *Demography*. – Vol. 37. – No. 2. – P. 139–154.
44. Pilkinton E. Harvard establishes chair in gay and lesbian studies // *The Gaurdian* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.guardian.co.uk/world/2009/jun/03/gay-bisexual-transgender-harvard-studies>. – Загл. с экрана.
45. Rekers G. A. Atypical gender development and psychosocial adjustment // *Journal of Applied Behavior Analysis*. – 1977. – № 10. – P. 559–571.
46. Rekers G. A. Genetic and physical studies of male children with psychological gender disturbances / G. A. Rekers, B. F. Crandall, A. C. Rosen, P. M. Bentler // *Psychological Medicine*. – 1979. – № 9. – P. 373–375.

47. Hanley-Hackenbruck P. Psychotherapy and the «coming out» process // *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*. – 1989. – № 1 (1). – P. 21–39.
48. Diamond M. Homosexuality and bisexuality in different populations // *Archives of Sexual Behavior*. – 1993. – № 22 (4). – P. 291–310.
49. Neisen J. H. Heterosexism: redefining homophobia for the 1990's // *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*. – 1990. – № 1 (3). – P. 21–35.

### Ресурси мережі Інтернет

1. Сайт о преодолении гомосексуализма, лесби-влечений и других проблем, связанных с полом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.overcoming-x.ru>. – Загол. с экрана.
2. Сексология. Персональный сайт И. С. Кона [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pseudology.org>. – Загол. с экрана.
3. Школа для геев и их родителей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.1gay.ru>. – Загол. с экрана.
4. Harvard Gay and Lesbian Caucus [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://hgic.org>. – Загол. с экрана.
5. The Journal of Homosexuality [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.haworthpress.com/store/resolve.asp?d=/JH>. – Загол. с экрана.
6. The Journal of Queer Studies [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.helsinki.fi/jarj/sqs/sqs\\_info.htm](http://www.helsinki.fi/jarj/sqs/sqs_info.htm). – Загол. с экрана.

## ЧАСТИНА III

### КРИЗИ, ВИКЛИКАНІ ЗОВНІШНІМИ ЧИННИКАМИ

#### Розділ 5. ВІЛ-ПОЗИТИВНІСТЬ ТА ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ. ГРУПИ ДОПОМОГИ ВІЛ-ПОЗИТИВНИМ. СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ

*ВІЛ як стигматизоване захворювання. Зовнішня і внутрішня стигма. Методи зменшення впливу стигми на суспільство. Етапи життя з ВІЛ та їх специфіка. Депресія ВІЛ-позитивних. Гендерна специфіка переживань у зв'язку з ВІЛ. Стратегії життя з ВІЛ. Психологічна допомога ВІЛ-позитивним клієнтам.*

ВІЛ-інфекція – унікальне явище в історії людства: навіть епідемії чуми та сифілісу не забирали життя всіх уражених хворобою, лишавши за собою багато мертвих, але серед них і живих. Трагізм пандемії СНІД у тому, що, незалежно від якості допомоги та умов життя, він не залишає шансів інфікованій людині.

Психологічна наука, усвідомлюючи всю серйозність ситуації, зосереджується на шляхах психологічного впливу на людину, які зумовили б поліпшення якості і не тривалості, проте якості життя. Питання якості життя ВІЛ-інфікованої людини – це завжди питання сили особистості та її відповідальності за своє життя та власний вибір. Часто доводиться чути про те, що хвороба повністю змінила людину, примусила переоцінити пріоритети, стосунки з оточуючими, допомогла більше насолоджуватись життям, стати щирішим та відкритішим до інших, обрати власний шлях, а не бути тим, на кого від неї очікують (Життєві кризи особистості, 1998).

Важливим психологічним аспектом захворювання на ВІЛ-інфекцію є те, що навіть якщо вірус, потрапивши до організму людини, не вияв-

#### Розділ 5. ВІЛ-ПОЗИТИВНІСТЬ ТА ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ. ГРУПИ ДОПОМОГИ ВІЛ-ПОЗИТИВНИМ. СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ

ляє себе досить тривалий період часу, саме знання щодо наявності в неї ВІЛ-інфекції завжди викликає зміни у її житті. Існують певні обставини, що поєднують людей, які живуть із ВІЛ. Це – дискримінація та стигматизація. *Стигматизація – це соціально-психологічне обмеження та ущемлення певної групи людей, поєднаних деякою рисою чи характеристикою.* Існує чимало хронічних захворювань, які за умов недбалості пацієнта призводять до скорої смерті. Скажімо, цукровий діабет: з точки зору медицини, між ним та ВІЛ-інфекцією багато спільного. Проте ставлення суспільства до цих двох хвороб кардинально відрізняється. ВІЛ-інфекція належить до стигматизованих захворювань: це означає, що у суспільстві прижились несправедливі стереотипи стосовно людей, у яких є ВІЛ. Стигма – дослівно «клеймо»: стереотипне та негативне ставлення до людей, яким притаманна певна риса.

Виділяють дві ознаки будь-якої стигми: (1) розбіжності між людьми вважаються важливими та акцентуються; (2) людям із даною характеристикою атрибууються негативні властивості. Ми всі – різні, проте не вважаємо колір очей істотним для формування точки зору щодо людини. Проте коли йдеться про ВІЛ-позитивність або негативність, ці розбіжності одразу ж привертають увагу. Якщо взяти приклади інших стереотипів, згадаємо про стать: жінки, наприклад, традиційно сприймаються як добріші та турботливіші. Але якщо йдеться про стигму, розбіжності вважають чимось негативним: пересічна людина скаже, що люди з ВІЛ «самі винні у передачі вірусу», або що в силу властивостей характеру вони прагнуть інфікувати інших (Башкатов, 2002; Беляєва, 2003).

Розрізняють *зовнішню* та *внутрішню стигми*. Під першою розуміють несправедливе та спрощено-негативне ставлення до осіб, які належать до певної групи (скажімо, до людей із ВІЛ). Друга виражається у спровокованому переконаннями суспільства ставленні ВІЛ-позитивного до себе. Саме внутрішня стигма, що виявляється у побоюваннях забобнів та дискримінації, примушує людину уникати тестування на ВІЛ та медичної допомоги, почуватись знехтуваною та приховувати свій ВІЛ-статус (Єгорова, 2009; Стигма і дискримінація, 2009)<sup>7</sup>. Часто людина неохоче повідомляє про свій ВІЛ-статус, підси-

<sup>7</sup>Зазначимо у цьому контексті, що останнім часом ситуація з дискримінацією ВІЛ-позитивних змінюється на краще. Активісти із захисту прав людини взагалі стверджують, що необхідність обов'язкового інформування ВІЛ-позитивним пацієнтом інших щодо наявності вірусу в його крові зайва. Згідно з їх думкою, якщо лікарський персонал клініки слідує всім правилам безпеки та санітарно-епідеміологічного режиму, єдиним стримувальним фактором у роботі з пацієнтами, незалежно від їх захворювання, є психологічний.

люючи тим самим почуття власної ізоляції (Паллиативная помощь при СПИДе, 2001).

Спеціалісти досі вирішують проблему, як зменшити стигму та її вплив на суспільство. Ефективними у цьому сенсі вважають два такі методи:

*Інформування*: доступна та різнобічна інформація стимулюватиме перегляд страхів та нелогічних уявлень. Важливо, щоб люди отримували знання не лише про шляхи передачі вірусу та перебіг хвороби, а й про саму стигму і дискримінацію у зв'язку з ВІЛ.

*Empowerment (набуття сили)*: процес, у ході якого самі ВІЛ-позитивні набувають знання та навички, що дозволяють їм опанувати внутрішню стигму та протистояти поглядам більшості та дискримінації (Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции, 2006; Життєві кризи особистості, 1998).

Діагноз «ВІЛ-інфекція» – серйозна криза, яка з першого дня супроводжується гострими переживаннями. Новина про наявність інфекції ВІЛ в організмі людини приносить цілу низку змін: порушення міжособистісних стосунків, зниження емоційного фону та рівня самооцінки тощо. Виділяють *етапи життя з ВІЛ*, які більшою чи меншою мірою притаманні всім ВІЛ-позитивним.

1. *Отримання діагнозу*. У перший момент після отримання діагнозу більшість людей переживає найсильніший шок (тому згодом часто кажуть, що «не пам'ятають подробиць»). Не існує однакової, типової реакції на цю звістку, всі сприймають її по-різному, проте даному періоду притаманні однакові негативні переживання – провина, сором, страх, тривога, гнів, відчай, відчуття несправедливості тощо. Людина замислюється: як і з ким вона тепер буде жити, як зміниться її життя, скільки вона проживе, дехто замислюється про самогубство – більшість змушена переглядати свої уявлення щодо буденного життя.

2. *Поява перших болісних симптомів*. Навіть якщо ці прояви не мають відношення до ВІЛ-інфекції, вони можуть сприйматись як симптоми розвитку хвороби. Такий розвиток ситуації часто приводить до переоцінки цінностей, серйознішого ставлення до власного здоров'я, визнання факту захворювання та необхідності лікування.

3. *Необхідність почати регулярно вживати ліки*. Більшість людей з ВІЛ – молоді люди, які раніше не мали досвіду тривалого лікування та регулярного (за годинами) прийому медичних препаратів (Покровський, 1998). Їх може лякати думка про неспроможність імунної систе-

ми власноруч боротись із вірусом або про складність прийому та можливі побічні симптоми (ВИЧ-інфекция: клиника, диагностика, лечение, 2003). Для осіб, які дізнались про свій статус багато років тому, цей період характеризується особливою складністю, адже часто вони не розраховували на те, що проживуть стільки років.

4. *Серйозні болісні симптоми та необхідність лягти до лікарні*. Багато ВІЛ-позитивних важко переживають той факт, що віднині їхнє життя буде пов'язане з постійними болями, ліками та лікарнею; що через особливості перебігу хвороби вони змушені залишити звичне життя – роботу або навчання. Сам факт перебування у СНІД-центрі може розкрити ВІЛ-статус іншим, що також викликає страхи, сором, тривогу тощо.

5. Особливим переживанням є *тяжка хвороба або смерть знайомої ВІЛ-позитивної людини*.

У контексті обговорення переживань ВІЛ-позитивних варто згадати і про притаманну їм *депресію*. Важливо пам'ятати, що емоційний біль, спричинений, наприклад, страхом смерті, почуттям провини або думками про безглуздість існування, може бути таким же реальним та фізично відчутним, як і фізичний біль. Згідно зі статистикою, більшість людей з ВІЛ хоча б одного разу пережили стан клінічної депресії. На стадії СНІД депресія притаманна 30 % людей (ВИЧ-інфекция: клиника, диагностика, лечение, 2003; Єгорова, 2009; Покровський, 1998). Причинами депресії, зокрема, можуть бути:

а) велика кількість негативних емоцій: страх, тривога, сором, провина («ВІЛ – це покарання за всі мої гріхи»), обурення, гнів («чому саме я?») тощо;

б) «конфлікт ролей», спричинений змушеним прихованням свого статусу від оточення;

в) соціальні проблеми: самотність, ізолюваність, утиски;

г) хвороби, притаманні ВІЛ-позитивним (наприклад, гепатит), та вживання деяких лікарських препаратів тощо.

У свою чергу, тривожність та депресія є частими причинами *хронічної втоми*, яка також є притаманною людям, які живуть із ВІЛ.

Існує *гендерна специфіка* переживань у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Чоловікам більш притаманні думки про самогубство; жінки більше зустрічаються із ситуацією розпаду сім'ї, необхідністю самій виховувати дитину та домашнім насильством – а тому витрачають більше сил на турботу про дітей, а не про себе. У новостворених стосунках жінки

більше схильні до жертвенної позиції, раціоналізуючи це тим, що «краще хоча б якісь стосунки, ніж самотність». Ситуація дещо ускладнюється і тим фактом, що більшість інфікованих чоловіків – геї (Покровський, 1998).

Спеціалісти розрізняють дві *стратегії життя із ВІЛ* (або стратегії керування стигмою).

1. *Реактивні* стратегії включають захисні спроби уникнути впливу стигми (або пом'якшити його) за умов прийняття домінуючих соціальних норм та цінностей. Прикладами реалізації даної стратегії є приховування ВІЛ-статусу, представлення хвороби як іншої, менш стигматизованої (наприклад, раку). Утримання діагнозу в таємниці дозволяє повноцінно функціонувати, не даючи оточуючим підстав для дискримінації. Іншою поширеною реактивною стратегією є ігнорування небезпеки вірусу. Як правило, люди, що вдаються до неї, добре освічені щодо характеру перебігу хвороби та знають на конкретних прикладах, що нормальне життя із ВІЛ – можливе. Як наслідок – людина або «живе так, ніби нічого й не трапилось», або вибирає такий спосіб життя, який сприяє фізичному й психологічному саморуйнуванню. Деякі спеціалісти стверджують, що через такі реакції проходять усі ВІЛ-позитивні, принаймні, на самому початку хвороби (European guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults in Europe, 2003).

2. *Проактивні* стратегії кидають виклик стигмі, адже за умов їх реалізації суб'єкт відкрито не визнає соціальних норм, покладених у її основу. Прикладами поведінки в межах реалізації даної стратегії є відкритість щодо власного статусу, участь у просвітницькій роботі, спрямованій на формування правильних уявлень щодо ВІЛ та СНІД – останні варіанти ще відомі під назвою *соціальний активізм*, тобто поведінка, спрямована на конструювання альтернативного бачення ВІЛ, зміну суспільних умов, що визначають життя ВІЛ-позитивних людей.

Один із головних висновків, які можна вже зараз зробити щодо ВІЛ-інфекції, однаковою мірою стосується як інших смертельних хвороб, так і будь-якої кризової ситуації взагалі: людина, яка бере на себе відповідальність за себе і своє життя і не задовольняється роллю жертви, завжди має більше шансів опанувати складну ситуацію, адаптуватись до нових умов та жити якісно та насичено.

*Психологічна допомога* ВІЛ-інфікованим людям повинна базуватись на урахуванні всіх специфічних даних хворобі моментів, за-

значених вище. Враховуючи стигматизацію та дискримінацію ВІЛ-позитивних, можна стверджувати, що, перш за все, вони потребують інформації, підтримки та відчуття безпеки. Слід уважно ставитись до тих людей, хто наполягає, що в них «немає жодних проблем», але весь зовнішній вигляд і поведінка яких свідчать про складний психологічний стан.

Аналіз спеціалізованих сайтів та форумів ВІЛ-позитивних, а також свідчень учасників анонімних груп підтримки доводить: навіть відчуваючи порожнечу та самотність, вони навряд чи звернуться до психолога («що він зможе зробити, якщо сам такого не пережив?»), але будуть більше довіряти людині, яка сама має досвід життя із ВІЛ-статусом. Проте з боку підготовленого спеціаліста завжди доречно допомога у вигляді надання інформації щодо прогнозів життя з ВІЛ, новітніх фармакологічних розробок (АРВ, тобто антиретровірусної, терапії, яка дозволяє капсулювати вірус та підтримувати життя людини досить тривалий час), наявних за місцем помешкання груп підтримки та анонімних зібрань ВІЛ-позитивних людей тощо.

Реабілітаційні центри та групи зустрічей допомагають задіяти найпотужніший ресурс опанування стресових ситуацій, доступний людині як соціальній істоті, – соціальну підтримку. При цьому спеціалісти, які працюють у центрах, прагнуть незалежності та відповідальності їх відвідувачів, вміння покладатись на самих себе.

У зв'язку зі стигматизацією ВІЛ-позитивних, активісти боротьби за захист прав людини та відповідні громадські організації створюють для своїх відвідувачів «безпечний простір», де немає забобонів та несправедливого ставлення (Кутузова, 2009). Такі «зони комфорту» вже з'явилися у нашій країні і за принципами організації є аналогами «drop-in zones», що існують на Заході. Тут ВІЛ-позитивні люди можуть отримати консультації всіх потрібних спеціалістів, відвідати групу взаємодопомоги, завести нові знайомства з людьми з досвідом життя з ВІЛ, які змогли опанувати свій відчай та знайти шляхи повнішого, продуктивнішого життя. Обов'язкова умова в таких центрах – наявність «закритих» та «відкритих» груп. Перші можуть відвідувати лише ВІЛ-позитивні люди, що дуже важливо на перших етапах життя із ВІЛ, коли людина побоюється розкриття її статусу. Другі – для так званих *дискордантних пар*, тобто таких, де ВІЛ-позитивним є лише один партнер.

### ДОДАТОК 5. Психологічні вправи для роботи з ВІЛ-позитивними клієнтами

У роботі з ВІЛ-позитивними клієнтами часто практикуються вправи гуманістичної та екзистенціальної шкіл у психології. Це цілком зрозуміло і виправдано: хвороба сама по собі, а ще й пов'язані з нею проблеми соціально-психологічного, етичного та навіть юридичного характеру примушують людину переоцінити наявні у її житті пріоритети, відкинути поверхове і зосередитись на істинному. Нижче наведено декілька психологічних вправ, успішно використовуваних спеціалістами та волонтерами-психологами у практиці консультування ВІЛ-позитивних клієнтів м. Дніпропетровська.

1. *Прояснення картини хвороби та зони можливого росту.* Наративні практики висувають низку запитань, на які доречно отримати відповіді ВІЛ-позитивного клієнта психотерапії. Серед них, зокрема, такі:

Як ви переживаєте ВІЛ?

Як ВІЛ впливає на ваше життя та життя близьких вам людей?

Які знання та вміння допомагають вам опановувати ситуацію? Як ви набули їх?

Що ви хотіли б почути від мене? Що зробило б наші зустрічі більш приємними для вас? Про що мені варто потурбуватись?

Представники даного напрямку терапії пропонують такий приблизний перелік тем для обговорення.

- Спроможність поглянути в обличчя втратам, визнати розбіжності та жити новим життям. Перша тема включає запитання: яким чином ми змінили власні уявлення щодо життя із ВІЛ? Що – цілі, мрії, надії – тепер важливо для мене? Які люди – живі або ті, хто вже загинув – сприяли появі цих цілей, мрій та сподівань?

- Перешкоди, які ми долаємо; сміливість розповісти про свій діагноз. У межах дискусії стосовно другої теми визначаються погляди клієнта на такі моменти: як зрозуміти, чи варто розповідати про свій діагноз? На які навички можна спиратись при прийнятті цих рішень? Якщо ми змогли виробити у собі такі навички, як це говорить про нас?

- Піклуватись про себе та інших – допомога таким, як ми. Обговорення теми допомоги іншим торкається того, які стосунки взаємної турботи підтримують нас, яке піклування про інших клієнт вважає украй важливим тощо.

- Окреслити та тренувати навички виживання. Чи є у клієнта навички, які допомагають йому радіти життю? Яким чином він може розвивати та тренувати їх?

- Плекати духовність. Іноді, коли людина почувається занадто погано, вона вимушена спиратись на все, що можна, щоб пережити ці періоди. У чому ж полягає сенс життя – і сенс смерті? Важливо знайти способи вірити – що будуть створені нові ліки, що кожній людині будуть відкриватися нові можливості вірити у життя. Яким же чином людина може зберегти віру у себе та в життя?

- Створити нове майбутнє. Наші життя пов'язані із життями тих, хто прийде потім. Що ми прагнемо залишити по собі? Як це визначає те, як клієнт живе зараз? (Introducing Narrative Therapy, 1998).

2. *Планування та цілепокладання.* Кореляції між наявністю у людини ВІЛ та ранньою смертністю, як відомо, не встановлено. Тобто суб'єкт спроможний знайти у собі ресурси, спираючись на які він може вести повноцінне, насичене життя.

Кожний, хто живе із хронічним, прогресуючим захворюванням, таким як ВІЛ, інколи відчуває безнадію і безглуздість життя, питаючи себе: «Навіщо все це?» Навіщо зберігати позитивний настрій, слідувати рекомендаціям лікаря, займатись спортом і приймати нескінченні ліки – тобто навіщо «триматись і не здаватись»? Такі питання – цілком природні, вони – ознака серйозних змін, що відбуваються у житті людини, а відповіді на них допомагають визначити подальший шлях. Дуже важливо обговорити, що теперішнє життя не адекватне і не задовольняє людину, і хоч і не можна змінити зовнішні обставини, проте можна взяти під контроль власне здоров'я, звички, самопочуття і – плани на майбутнє.

Планування, формулювання і потім втілення у життя спочатку дрібних, легко досяжних, а потім і більш значущих цілей – корисний і дієвий засіб. Наявність у людини мети, якої вона прагне і яку з часом досягає, дає відчуття успішності, контрольованості ситуації, власної активності та продуктивності. Дана вправа полягає у структуруванні близького, а потім і більш віддаленого майбутнього. Консультант разом із клієнтом визначають цілі на найближчий час, потім день, тиждень, місяць, рік і так далі; для останніх корисно прояснити бажання, нездійсненні прагнення людини. Консультант слідкує за тим, щоб цілі, хоча б на перших етапах, були не дуже складними, допомагає сформулювати їх більш-менш реальними, прив'язаними до часу та такими, що стосуються різних сфер життя (родина, професія, здоров'я, хобі тощо), а також разом із клієнтом визначає основні заходи, які можуть бути вжиті задля їх реалізації.

3. *Прояснення часової перспективи.* Клієнт отримує таку інструкцію: «Закрийте очі і розслабтесь. Уявіть, що відтепер минув місяць (рік, п'ять, десять років). Хто ви? Чим займаєтесь? Що вас турбує? Які цілі перед вами, чого вже вдалось досягти? Якою є ситуація навколо вас? Які люди поряд із вами?» Обов'язкове обговорення всього побаченого людиною.

Варіацією даної вправи є таке її продовження: «Відчуйте (перебуваючи «там»), що ви набули цінного досвіду та мудрості. Тепер ви по-іншому ставитесь до багатьох речей, по-іншому бачите деякі проблеми. Можливо, вони і не здаються більше проблемами? Подивіться на себе «звідти», подумайте, що ви хотіли б сказати собі «зараз», якою істиною бажали б поділитись».

4. *Розототожнення.* Вправа має за мету довести клієнту, що часто нас занадто турбують дріб'язкові проблеми, ми опікуємось та докладаємо непомірних зусиль для захисту від загроз нашої репутації (роботи, престижу, сексуальних перемог), які, в дійсності, не становлять жодної цінності для нашого існування. У такому разі суб'єкт нібито переконаний: «Я є моя кар'єра», або «Я є моя сексуальна привабливість» тощо. Консультант переконує його: «Ні, ви – не ваша кар'єра, не ваше прекрасне тіло. Ви – це ваше Я, це ядро вашої сутності. Інші речі можуть зникнути, проте ви продовжите існувати».

Клієнта просять написати на картках 8–10 відповідей на запитання «Хто я?» і розташувати їх у порядку значущості: ближче до центру мають бути картки, важливіші для його сутності, на периферії – менш важливі. Потім консультант просить сконцентруватись на верхній картці та обміркувати: що сталося б, якби клієнт був змушений відмовитись від цього атрибута? Через дві–три хвилини клієнта просять перейти до наступної картки і так далі. Потім – процедура повторюється у зворотному порядку (Ялом, 1999).

5. *Створення «аптечки» ресурсів.* Полегшити власні переживання можна різними засобами. Комуś допоможе прогулянка лісом, іншому – улюблений фільм, зустріч із друзями тощо. Завдання клієнта – разом із консультантом скласти якнайширший перелік таких допоміжних засобів, до яких можна звернутись у період кризи. Інколи доречно навіть намалювати своєрідну «карту ресурсів», щоб краще усвідомити їх і зробити їх досяжність наочною (Лазарус, 2001).

6. *Застосування методів арт-терапії.* Мета даного засобу – відреагування емоцій та їх визнання, тому акцент рекомендується робити не на результаті, а на процесі вправи. Тут придатний будь-який спосіб ро-

боти: олівці або фломастери більш структуровані, фарби, глина та пластик більш «ризиковані», тому їх варто залишити на пізніші сесії. Завдання може бути абстрактним («намалюйте ваші почуття / думки / бажання у даний момент»); можна обговорити конкретні емоції, притаманні різним етапам реакції на звістку про ВІЛ (сум, гнів, страх тощо) і запропонувати їх намалювати. Інші варіанти завдань: намалювати свою маску, свій автопортрет (ззовні та прихований), безпечне місце, карту життя тощо. Обов'язковий елемент вправи – обговорення. Інколи терапевт може звернутись до такого прийому: клієнта просять вибрати певний елемент малюнка та написати монолог від його особи, починаючи з «Я»: «Мене звать..., я..., я хочу..., я тут, тому що...». Важливе зауваження полягає в тому, щоб не інтерпретувати людину, а надати їй можливість власноруч вкласти у рисунок той зміст, який вона вважає доречним і правильним.

7. *Прояснення очікувань від партнера.* Важливість блоку роботи терапевта, спрямованої на корекцію стосунків із близькими оточуючими, не викликає сумнівів. Як сама ВІЛ-позитивна людина, так і її родина повинні будуть знайти принципово нові шляхи порозуміння, звернувшись до відкритого обговорення всіх непрояснених та неоднозначних питань.

Нижче (рис. 3) наведена схема Пірса, яка має за мету допомогти партнерам розібратись у їх стосунках (Pearce, 1989). Схема демонструє, що цикл стосунків має повторюваний характер, а стереотипи партнерів не дозволяють їм змінити його усталений, навіть якщо вже і неконструктивний, характер.

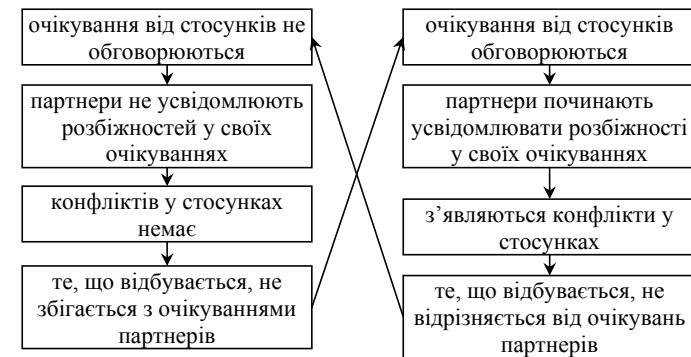


Рис. 2. «Дивна петля» Пірса

**ЧАСТИНА III**  
**КРИЗИ, ВИКЛИКАНІ ЗОВНІШНІМИ ЧИННИКАМИ**

Переконання партнерів сприяють тому, щоб підтримувати циклічний характер їх стосунків. З'ясування цих переконань у ході терапії та визначення їх ролі у взаємовідносинах викликає конструктивні зміни у стосунках.

Серед переконань, які підтримують «дивну петлю», зокрема, такі:

- «обговорення проблеми тільки ускладнює її»;
- «усвідомлення розбіжностей у наших очікуваннях призведе до конфлікту»;
- «наші стосунки не мають перспективи, а тому не варто навіть намагатись їх змінювати» (Розова психотерапія, 2001).

**Завдання до розділу**  
**«ВІЛ-позитивність та її психологічні наслідки» та додатка 5**

*I. Виконайте дію співвіднесення.*

1. Реактивна стратегія керування стигмою;	а) Тетяна розповідає: «З часом на роботі стало відомо про мій статус. Мене одразу ж звільнили. Я залишилась без роботи, без грошей, без житла... Була змушена повернутись у гуртожиток»;
2. Проактивна стратегія керування стигмою;	б) Анатолій свідчить: «Здавалось, що лише від думки про діагноз я збожеволію. Напевно, це був шок, але рятувало те, що я з самого початку вирішив нікому нічого не розповідати. Скоріш за все, саме це рішення і підтримувало мене надалі»;
3. Приклад задіяного ресурсу соціальної підтримки;	в) Подружжя Сергій і Оксана не приховують свій статус та займаються публічною просвітницькою діяльністю. Оксана керує клубом для жінок із ВІЛ, а Сергій нещодавно відкрив власний фонд. Три роки тому Оксана навіть перемогла у конкурсі краси для ВІЛ-інфікованих «Міс позитив»;
4. Приклад дискримінації;	г) Ганна ділиться: «Для мене все було скінчено. Я не хотіла вчитись, не хотіла нічого робити. Здавалось, ніби живу останній день. Почала курити анашу, хотіла забутись. Почала пропускати заняття в інституті. Іноді прокидалась... просто йшла гуляти... в нікуди... Ввечері приходили друзі, ми палили, слухали «кислотну» музику, практично не розмовляли. І так кожного дня»;
5. Опис депресії;	д) Світлана розповідає: «Ми всі були зовсім різні, проте розуміли одне одного, слухали, співпереживали, заспокоювали, ділились досвідом, пригадували – загалом, просто давали одне одному потужний заряд, сили жити далі»;

**Розділ 5. ВІЛ-позитивність та її психологічні наслідки. Групи допомоги ВІЛ-позитивним. Специфіка психологічного консультування ВІЛ-позитивних**

6. Приклад внутрішньої стигми;	є) Роман говорить, що після того, як дізнався про свій діагноз, тривалий час сторонився людей: йому здавалось, що у нього «на лобі було написано, що в мене ВІЛ і люди жахаються від мене».
--------------------------------	---

*II. Розподіліть наведені нижче ознаки на ті, що описують внутрішню або зовнішню стигму. Поставте напроти твердження «В», якщо воно стосується внутрішньої стигми, та «З» – якщо зовнішньої.*

1. Відчуття власної неповноцінності, безпорадності, відсутності контролю над ситуацією.
2. Уникання контактів та зустрічей із представниками «інших».
3. Насильство та інші форми дискримінації.
4. «Менторське» ставлення, «опіка» та повчання.
5. Негативне уявлення про людей, які не належать до групи «інших».
6. Презирливі висловлювання, прізвиська.
7. Переконаність, що твоя думка й інтереси нікому не цікаві, а ти не можеш ні на що вплинути.
8. Спроби довести, що ти кращий, ніж інші представники групи, не такий, як «вони всі».

*III. Нижче наведені приклади того, як поводитись із випадками ВІЛ-інфекції у колі родини. Виберіть номери тверджень, які ви вважаєте психологічно обґрунтованими.*

1. Для ВІЛ-позитивної дитини якість догляду, харчування та лікування дуже важливі, проте турбота та доброзичливе ставлення оточуючих є не менш важливим елементом тривалого та повноцінного життя дитини.
2. З метою уникнення відторгнення та ізоляції з боку членів родини, ВІЛ-позитивна людина повинна виділити час для одноразової, дуже серйозної та насиченої бесіди із близькими стосовно її статусу та більше не повертатись до цієї теми.
3. Розкриття ВІЛ-статусу може призвести до зменшення почуттів ізоляції та тривоги, вибудувати систему підтримки як для дитини, так і для батьків.
4. Той факт, що дитина не звертається до батьків із питаннями стосовно їх або її ВІЛ-статусу – вірна ознака прийняття та опанування нею ситуації.
5. Однією з причин, яка свідчить на користь розділення батьками таємниці свого діагнозу з дитиною, є те, що чим раніше розповісти ди-

тині про хворобу та можливу смерть батьків, тим більше вона буде готова до можливих змін у її житті.

6. Досвід доводить: якщо дитина ще не знає про ВІЛ-статус батьків, вона рідко здогадується про те, що відбувається у родині, й не замислюється над незрозумілими для неї речами в силу обмеженості розвитку дитячої психіки.

7. Відсутність зовнішнього прояву емоцій у дітей у відповідь на звістку щодо ВІЛ-позитивності (її або батьків) інколи може свідчити про шок та важкі внутрішні переживання.

8. Інколи причиною небажання батьків проходити тестування на ВІЛ їх дітьми є своєрідний психологічний захист: вони побоюються та соромляться, що хоча самі могли заразитись через незахищений секс або споживання наркотиків, можливе джерело інфекції для їхніх дітей – вони самі.

### Бібліографічний список

1. Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Программа элективный курс. – М. : ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. – 28 с.
2. Башкатов И. П. Притеснение: обидчики и обиженные / И. П. Башкатов // Социолог. исследов. – 2002. – № 12. – С. 41–50.
3. Беляева В. В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей / В. В. Беляева, В. В. Покровский, А. В. Кравченко. – М. : Медицина, 2003. – 77 с.
4. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин / Под общ. ред. В. В. Покровского. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 488 с.
5. Егорова Н. И. Взаимосвязь выраженности чувств стыда и вины и характеристик межличностного общения у ВИЧ-инфицированных женщин [Электронный ресурс] / Н. И. Егорова. – Режим доступа: <http://snopsy.spb.ru/bkr/browse.php?id=42>. – Загол. с экрана.
6. Життєві кризи особистості: науково-методичний посібник: у 2 частинах Ч. 1. Психологія життєвих криз особистості / Ред. рада: В. М. Доній, Г. Н. Гесен, Н. В. Сохань, І. Г. Єрмаков та ін. – К. : ІЗМН, 1998. – 360 с.
7. Кутузова Д. Жизнь в позитиве: работа нарративных практиков с сообществом людей, живущих с ВИЧ [Электронный ресурс] / Дарья Кутузова. – Режим доступа: <http://narrlibrus.wordpress.com/2009/05/20/living-positive-live>. – Загол. с экрана.

8. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / Арнольд Лазарус. – СПб. : Речь, 2001. – 256 с.
9. Паллиативная помощь при СПИДе / ЮНЭЙДС: Технический обзор. – Geneva : UNAIDS, 2001. – 24 с.
10. Покровский В. В. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России / В. В. Покровский, Н. Н. Ладная, И. Г. Савченко и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1998. – № 5. – С. 4–11.
11. Розовая психотерапия: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами / Под ред. Д. Дэйвиса, Ч. Нила. – СПб. : Питер, 2001. – 333 с.
12. Стигма и дискриминация [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://shagi.infoshare.ru/arch/?doc=520>. – Загол. с экрана.
13. Титаренко Т. М. Життєві кризи: технології консультування. У 2 частинах / Т. М. Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 192 с.
14. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Ирвин Ялом. – М. : Независимая фирма «Класс», 1999. – 576 с.
15. European guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults in Europe (The EACS Euroguidelines Group) // AIDS. – 2003. – Vol. 17. – Suppl. 2. – S. 3–26.
16. Introducing Narrative Therapy: a collection of practice-based writings / Ch. White, D. Denborough. – Adelaide, South Australia : Dulwich Centre Publications, 1998. – 229 p.
17. Pearce W. B. Communication and the Human Condition / W. B. Pearce. – Edwardsville, IL : Southern Illinois University Press, 1989. – 248 p.

### Ресурси мережі Інтернет

1. Група взаимопомощи для людей с ВИЧ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hiv-aids.ru>. – Загол. с экрана.
2. Сервисы для людей, живущих с ВИЧ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.plus.aids.ua>. – Загол. с экрана.
3. Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы, Central and Eastern European Harm Reduction Network [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ceehrn.org>. – Загол. с экрана.
4. Україно-Американське бюро захисту прав людини [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://www.humanrights.kiev.ua>. – Загол. с экрана.



## Розділ 6. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ. ПСИХОЛОГІЯ ТЕРОРИЗМУ

*Поняття травматичної події. Фактори, які супроводжують перебування на війні та визначають психологічний стан людини. Симптоми та форми виявлення ПТСР. Психологія тероризму. Основні принципи допомоги заручникам. Паніка.*

Сумною закономірністю сьогодення є постійне збільшення випадків стихійного лиха та аномальних природних явищ у зв'язку з екологічною кризою. Водночас у світі відбувається велика кількість війн та бойових дій, до яких у XX столітті приєдналось ще одне явище – тероризм (Александрова, 2005; Кутузова, 2008; Природа етнорелігійного тероризму, 2008, та ін.). Реалії такого роду вимагають від кризових психологів вироблення стратегії й тактики психологічної реабілітації людей, що опинились у стресовій ситуації землетрусу, пожежі, ДТП, а також в епіцентрі (як і на периферії) бойових дій або терористичного акту.

Як демонструє практика, реакції та переживання людей, які потрапили у природну катастрофу, на арену бойових дій або терористичного акту мають багато спільного у динаміці розвитку (Варга, 2005; Єніклопов, 1998; Кутузова, 2007; Решетников, 1989; Слабинский, 2006 та ін.). І якщо для кожного виду екстремальних ситуацій виділяються певні специфічні реакції, то війна поєднує психотравматичні фактори, притаманні майже всім катастрофам та стихійним лихам.

У роботі з наслідками таких подій спеціалісту необхідні знання основ психології посттравматичного реагування. Базуючись на специфіці кожного конкретного випадку, кризовий психолог може підібрати групу методів, що підходять у певній ситуації.

У межах даної теми буде розглянуто особливості реагування в ситуації бойових дій, хоча іноді будуть робитись посилання на реакції за умов природних та техногенних катастроф. Буде також стисло обговорено психологію тероризму та явище масової паніки, дуже типове для багатьох стресових подій, а також деякі пов'язані з ними фактори.

Нагадаємо, що до числа травматичних подій, тобто таких, що можуть нанести «душевну рану» та порушити цілісність особистості, належать ті, що погрожують життю людини або можуть призвести до

серйозного поранення; які пов'язані зі сприйняттям жахливих картин смерті або поранень інших людей, стосуються насильницької або раптової смерті близької людини; включають присутність при насильстві над близькою людиною або отримання інформації щодо цього, передбачають провину даного суб'єкта щодо смерті або важкої травми іншої людини. До переліку травматичних входять також ситуації, коли людина перебуває (або перебувала) під впливом шкідливих для організму факторів (радіація, отруйні речовини тощо). Відмінністю травматичних ситуацій цього роду є те, що загроза такого впливу не сприймається безпосередньо, за допомогою органів чуття. Йдеться, скажімо, про перебування в аварійній зоні, коли існує небезпека радіаційного ураження, втрати здоров'я або навіть життя (Джармен, 2001; Морозова, 2003; Слабинский, 2006; Тарабріна, 1996).

Розпочнемо з аналізу психологічного стану людей, які потрапили до ситуації бойових дій. Дослідження свідчать, що участь у війні (як і перебування в епіцентрі стихійного лиха) виявляється психічною травмою із віддаленими наслідками. До факторів, які супроводжують перебування на війні та визначають психологічний стан людини, слід віднести такі:

- 1) добре усвідомлене почуття загрози життю, тобто так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідації (зазначимо аналогічні переживання, притаманні учасникам природної катастрофи);
- 2) колосальний фізичний стрес, який виникає у безпосереднього учасника подій; поряд із ним виникає психоемоційний стрес – когнітивний дисонанс, пов'язаний із загибеллю близьких та необхідністю вбивати (Короленко, 1978);
- 3) вплив специфічних факторів бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, невизначеність, новизна);
- 4) негаразди та обмеження (часто відсутність повноцінного сну, дефіцит води та їжі);
- 5) незвичайний для учасника воєнних дій клімат та рельєф місцевості (Караяні, 2006).

У разі техногенно-екологічної катастрофи (наприклад, аварії на Чорнобильській АЕС) до зазначених вище факторів додається ще й інформаційний, специфіку якого можна описати у такий спосіб:

- інтенсивність переживань радіаційного ураження зумовлюється, перш за все, тими уявленнями щодо шкідливої дії радіації, які притаманні суб'єкту;

▪ основні стресогенні фактори не були доступні візуальному спостереженню, а тому оцінювались та усвідомлювались недостатньо (Пушхова, 1993).

*Основні симптоми та форми виявлення посттравматичних стресових розладів* у комбатантів (від франц. combattant – воїн, боєць; у міжнародному праві – особа, яка входить до складу озброєних сил та бере участь безпосередньо у бойових діях) особливо виражені у разі перебування в епіцентрі бойових дій більше трьох місяців і включають такі:

1. *Криза ідентичності*: втрата цілісності сприйняття себе та своєї ролі, що виявляється у порушенні адекватно брати участь у складній соціальній взаємодії, де відбувається самореалізація особистості.

2. *Соціальна дезадаптація*. Через максималізм та підвищену конфліктність, які здаються не обґрунтованими для оточуючих, постраждали стикаються із нерозумінням, відчуженням у спілкуванні та професійній сфері, проблемами в сімейній, фінансовій та інших сферах (Знаков, 1990; Тарабріна, 1996).

3. *Загальна тривожність, надмірна пильність та перебільшене реагування*. Виявляються на фізіологічному рівні (ломота в спині, спазми шлунка, головні болі), у психічній сфері (постійна занепокоєність, параноїдальні явища – наприклад, необґрунтований страх переслідування), в емоційній сфері (постійний страх, невпевненість у собі, комплекс провини).

Велика кількість подій є для травмованої людини своєрідними тригерами, адже нагадують про важкий досвід та викликають неприємні асоціації. Для комбатанта такими тригерами можуть бути вертоліт, що низько летить, зіткнення з інформацією про війну, робота фотостимулятора при реєстрації ЕЕГ, яка асоціюється із пострілами з кулемета (Кутузова, 2007).

*Надмірна пильність* виявляється в тому, що людина вкрай уважно стежить за всім, що відбувається навколо, нібито їй погрожує якась небезпека. Проте це не стільки зовнішня, скільки внутрішня небезпека: у свідомість можуть прорватись небажані травматичні враження, яким притаманна насправді руйнівна сила. Підтримання високого рівня пильності вимагає, по-перше, постійної концентрації уваги та значних витрат енергії; по-друге, людині може здаватись, що це і є її основна проблема, що як тільки напругу буде зменшено, вона розслабиться і все буде гаразд. Насправді фізична напруга інколи може захищати свідомість, а тому не можна прибирати психологічні захисти, поки не знизилась інтенсивність переживань (Тарабріна, 1996).

Під *надмірним реагуванням* розуміють таку поведінку людини, коли за умови щонайменшої несподіванки вона робить стрімкі рухи (кидається на землю, коли чує звук вертольота, який пролітає неподалік, різко стає у бойову позу, коли хтось наближається із-за спини), раптово здригається, кидається бігти, гучно кричить тощо (Агарков, 2009; Іванченко, 2003).

4. *Депресія, притупленість емоцій, провинна того, хто вижив*. У стані посттравматичного стресу депресія підсилюється, доходячи до відчаю, коли здається, що все безглуздо та марно. Її супроводжують нервові виснаження, апатія та негативне ставлення до життя (Венгер, 2006).

Інколи людина – учасник зазначених подій повністю або частково втрачає здатність до емоційних виявів. Їй важко встановлювати близькі та дружні стосунки з оточуючими, недоступні радість, любов, творче піднесення, дух гри та спонтанність – тобто основні емоції адаптованої особистості (Психологія екстремальних ситуацій, 2001). Багато комбатантів, наприклад, жаліються, що після травмуючих подій їм стало набагато складніше відчувати будь-які позитивні почуття (Пушкар'єв, 1991)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup>Прикладом визначеного вище феномену є описаний кризовим психологом О. М. Корюкіним епізод роботи із постраждалими у результаті захоплення заручників у Бесланській школі: «Родік, 11 років, згідно зі словами матері, дещо відстороненої білої жінки, до трагедії був активним балакучим непосидою. Його називали радіоприймачем за голосний нестихаючий голос. Після того, як він опинився серед заручників без батьків, його начебто підмінили. Він не виявляє ніяких живих емоцій, його нічого не радує, і він зовсім не може залишатись наодинці у кімнаті. Він чує кроки і лякається, не може заснути. Йому так само важко їсти, адже йому здається, що їжа пахне паленими тілами. Батьки купили йому всілякі іграшки, намагаються розвеселити його, переконують дитину, що все скінчилось, проте нав'язливі слухові та зорові образи переслідують його. Я звернувся до Родіка і попросив розповісти, що він зараз бачить. У відповідь я почув здавлений булькотливий голос. Здавалось, хлопчику важко промовляти слова, він нібито щось стримує у собі. Тоді я припустив, що йому дуже страшно про це говорити, і Родік почав розповідати, захлинаючись сльозами. Чути це було дуже болісно. Розпачлива беззахисна самотність. Матері, яка опинилась за межами школи, було нестерпно важко чути ці страждання, вона злякано переконувала себе, що з Родіком усе добре, він живий і далі все налагодиться. Отже, дитина, звільнившись із заручників, опинилась один на один зі своїми спогадами, батьки боялись обговорювати з нею цю тему, боялись травмувати. Але ось біль вийшов у слова, пролився у сльозах, що дає надію на подальше опрацювання горя разом із батьками саме у такій формі, а не лише за допомогою симптомів» (Корюкін, 2005).

5. *Порушення пам'яті та концентрації уваги.* Комбатанту може бути складно зосередитись на чомусь або щось пригадати, принаймні, за певних обставин. Інколи концентрація може бути чудовою, проте варто з'явитись певному стресовому фактору, і людина виявляється неспроможною зосередитись на завданні.

6. *Агресивність та напади люті.* Суб'єкт демонструє прагнення до вирішення проблем з позиції грубої сили, проте трапляється і вербальна та емоційна агресивність. Вважається, що такі прояви – один із найбільш діагностичних критеріїв, які легко спостерігати (Агарков, 2009).

7. *Непрошені спогади та галюцинаторні переживання, проблеми зі сном.* Часто вони з'являються у ситуаціях, коли обстановка якимось чином – запахом, візуальними стимулами, звуками – нагадує «ту». Яскраві образи минулого обрушуються на психіку та спричинюють сильний стрес. Головна відмінність від звичайних у тому, що такі спогади супроводжуються сильними переживаннями тривоги та страху.

Сни, як правило, можуть бути двох типів. Перші відтворюють травмуючу подію із точністю відеозапису, другі можуть містити певні нові елементи, проте основний сюжет обов'язково стосується пережитої травми. Людина просинається виснажена, її м'язи напружені, вона вся у поту.

Різновидом непрошених спогадів є галюцинаторні переживання, коли спогади про те, що відбулось, настільки яскраві та болісні, що поточні події відходять на другий план і здаються менш реальними. Людина заново переживає минулу травмуючу подію, відчуває, діє та мислить так само, як і тоді, коли вона була змушена рятувати своє життя.

Проблеми зі сном, що призводять до нервового виснаження та доповнюють картину посттравматичного стресу, можуть виникати як наслідок нічних кошмарів: людина може протівитись сну, боячись знову побачити страшні видіння (Пушкар'єв, 1991). Безсоння, нічні кошмари та психосоматичні скарги постраждалих у клінічній практиці отримали назву «тріади того, хто вижив» (Пергаменщик, 2004).

8. *Думки про самогубство.* Учасник зазначених подій нерідко міркує про самогубство та навіть планує дії, які можуть призвести до його смерті. Коли життя вважається більш болісним та страшним, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями за один раз може здатись привабливою.

Усе це дозволяє зробити висновок: дезадаптивне вирішення посттравматичної стресової реакції засновується на генералізованих реакціях страху та гніву, дисоціації, реакції «заглиблення в себе».

Стосовно переживання природних катастроф додамо, що, згідно з даними фахівців, безпосередньо після екстремальної події гострі реакції спостерігаються у 100 % свідків, але у 20 % вони швидко вщухають, у 70 % тривають від кількох годин до 2–3 діб, а в решти 10 % переходять у серйозні психічні розлади, які потребують спеціальної медичної допомоги та лікування (Слабинский, 2006).

Симптоми та форми виявлення посттравматичного стресового розладу характеризуються різною мірою вираженості для різних людей. Спеціалісти виділяють декілька груп факторів, які визначають динаміку подолання індивідом психотравмуючого впливу стресорів визначеного плану: індивідуальні особливості суб'єкта, характер психотравмуючої ситуації та умови, у які потрапляє людина, будучи виведена за межі цієї ситуації (Пономаренко, 2004).

Під *характером психотравмуючої ситуації* маються на увазі, зокрема, такі фактори: міра загрози життю, важкість втрат, раптовість подій, ізоляваність від інших людей на момент події, вплив навколишньої обстановки та можливість повтору ситуації, моральні конфлікти у зв'язку з нею, пасивна або активна роль учасника, безпосередні результати.

До *індивідуальних характеристик* людини, які визначають складність реакції на подію, відносять рівень розвитку копінг-поведінки, ефективність притаманних психологічних захистів, трудності адаптації, які мали місце до травми, психічні відхилення, демографічні показники<sup>9</sup>.

*Оточення людини* після травматичної події характеризують рівень підтримки, культурні особливості, ставлення оточуючих до війни, соціальна допомога.

Як свідчать фахівці, допомога кризового психолога полягає у когнітивній інтеграції досвіду, реструктуруванні патогенних переконань та дисфункційних стратегій (Агарков, 2009).

**Психологія тероризму.** Терор являє собою особливу форму насильства, яка характеризується жорстокістю, цілеспрямованістю та удаваною ефективністю. Під *тероризмом* розуміють залякування людей здійснюваним насильством – фізичним, політичним, соціальним, економічним, інформаційним тощо. Залежно від міри масовості та організованості насильства розрізняють його чотири специфічні види: ма-

<sup>9</sup>Зауважимо і на існуванні протилежної думки. Так, В. Ю. Слабинський стверджує, що у переживанні, скажімо, досвіду землетрусу «личностные факторы ... трудно измерить и оценить с точки зрения их значимости для процесса приспособления к катастрофе» (Слабинский, 2006, с. 90).

сове організоване та масове стихійне, індивідуальне організоване та індивідуальне стихійне. Історично розвиток тероризму відбувався таким чином: індивідуальний – груповий – локальний – масовий. Масовий тероризм є надбанням останньої чверті минулого сторіччя.

Як і будь-яка діяльність, тероризм має тричленну структуру (діяльність – дія – операція), елементам якої відповідають три види збуджувальних стимулів (мотив – мета – умови). Мотив несе збуджувальну та сенсотвірну функції (Введенська, Дзигумська, 2009). Серед мотивів терористичної діяльності виділяють такі:

- 1) меркантильні;
- 2) ідеологічні;
- 3) мотиви перетворення світу;
- 4) мотив влади над людьми;
- 5) мотиви привабливості тероризму як особливої діяльності;
- 6) «товариська» мотивація.

Незважаючи на велику кількість досліджень, які проводяться зарубіжними та вітчизняними спеціалістами, терористи не підпадають ні під яку специфічну діагностичну категорію. Більша частина порівняльних досліджень не виявила будь-якої психічної ненормальності терористів. Однак продовжуються спроби виявити певні особистісні властивості людей, які вибирають шлях терористичної діяльності. Дослідники вважають, що багатьом терористам притаманні, зокрема, такі характеристики:

- а) тенденція до екстерналізації, пошуку зовні причин власних проблем; високий рівень нейротизму та фрустрованості;
- б) надмірна сконцентрованість на захисті Я шляхом проекції;
- в) комбінація істеричних та експлозивних рис характеру, постійна оборонна готовність;
- г) заглибленість у власні переживання, нарцисичне самолюбівання і незначна увага до почуттів інших.

Фахівці зауважують, що далеко не завжди терористи демонструють фізичну агресію (яка, до речі, більш притаманна тим, хто скоює злочини проти людини – вбивство, зґвалтування), проте дуже часто таким особам притаманний високий рівень непрямой агресії (Психологія етнорелігійного тероризму, 2008).

В емоційному плані розрізняють два крайні типи терористів: «холодний», тобто майже беземоційний варіант, та емоційно лабільний, схильний до бурних виявів емоцій у сфері, не пов'язаній із тероризмом, де знімається суворий контроль над емоціями.

У дитинстві та підлітковому віці терористи виявляють високий рівень домагань, підвищену самооцінку, як правило, займають виражену звинувачувальну позицію щодо інших – їм притаманне глибоке переживання реального або уявного збитку (Решетников, 2009), вони потребують підвищеної уваги з боку педагогів.

Урахування психологічних особливостей тероризму вкрай необхідне як при здійсненні антитерористичної діяльності (важливим елементом якої є переговорний процес за участю досвідчених фахівців), так і при наданні допомоги постраждалим від терористичних актів.

Скоєння терористичного акту зумовлює розвиток досить стереотипних реакцій. В основі терору полягає невротичний страх жертви, коли людина або впадає в апатію, або скоює дії, шкідливі або навіть згубні для неї (Кара-Мурза, 2009). Первинними та найбільш глибинними причинами, що спричинюють страх, є побоювання фізичного ушкодження та смерті, притаманні всім живим істотам. Крайній ступінь страху – жах, який констатує неминучість загрози. Основні типи реагування на страх та жах – це заціпеніння (параліч навіть орієнтувальних рефлексів, безпорадність) та втеча (вторинна реакція, що виникає при певному послабленні жаху, яке потребує часу).

*Апатія* або смиренність – зниження рухової та психічної активності людини внаслідок панічних або агресивних реакцій. Вона може розвиватись як безпосередня або відстрочена реакція на терор. Апатія часто притаманна заручникам, що пояснюється специфічною ситуацією заручництва: на відміну від безпосередньої терористичної атаки (вибухів, пострілів), коли людина одразу ж переживає вірогідність скорої смерті, у ситуації заручництва жертва очікує на подальший розвиток подій – таким чином, один страх (очікування на смерть) поєднується з іншим (відстроченим, у вигляді запізнілих реакцій на захоплення, яке вже відбулось).

*Стихійна агресія* являє собою масові ворожі дії, спрямовані на завдання фізичної або психологічної шкоди кривдникам; психологічно за нею прихована внутрішня агресивність – як реакція на фрустрацію, спричинену терором.

Окрім агресії та апатії, паніка – поширений поведінковий наслідок страху та жаху. Під *панікою* мають на увазі специфічний емоційний стан, який виникає в результаті або дефіциту інформації про певну жахливу або незрозумілу ситуацію, або її надлишку. Паніка виявляється у стихійних імпульсивних діях і є складним поведінковим феноменом.

Специфічні психопатологічні феномени, які можна спостерігати у жертв терористичних актів, такі.

1. Ситуаційні фобії. В епіцентрі надзвичайних ситуацій люди переживають ситуаційно зумовлені агорафобічні явища, які можуть виявлятися у страхах підійти до вікна, встати на весь зріст, прагненні ходити, пригнувшись, побоюванні повернути увагу терористів тощо. У ситуації заручництва такі реакції мають за мету збереження життя індивіда і є адекватними актуальним умовам. Але і після звільнення, перебуваючи вдома, людина демонструє схожу поведінку: боїться спати у ліжку і лягає на підлогу, уникає наближення до вікон тощо.

2. Викривлення сприйняття ситуації. Навіть після звільнення жертви висловлювались щодо правильності дій терористів, обґрунтованості жорстокості – зокрема з причини «несправедливості влади»; виправданості дій терористів високими цілями боротьби із соціальною несправедливістю, поставленими перед ними. Такі висловлювання відповідають так званому «стокгольмському синдрому» і більш притаманні немолодим, самотнім чоловікам та жінкам з невисоким рівнем освіти та низьким прибутком.

Термін «*стокгольмський синдром*» з'явився після випадку у Швеції, коли грабіжники банку забарикадувались у ньому із заручниками. Згодом четверо з них почали близькі стосунки з цими грабіжниками, захищали їх, коли вони здались поліції. Термін визначає ситуацію, в якій заручники нібито переходять на бік злочинців, що виявляється як у думках, так і у вчинках, а пізніше можуть відчувати сильну провину з цього приводу (Пергаменщик, 2004). Згідно з думкою фахівців, в основі даного явища – страх перед мучителями і психологічний захист за типом ідентифікації (ототожнення) з ними, коли жертва прагне всілякими засобами допомагати загарбнику за відсутності можливості звільнитись власними силами. Таким чином, для формування «стокгольмського синдрому» необхідна комбінація кількох перелічених нижче факторів.

1. Психологічний шок та фактор раптовості ситуації захоплення: людина, щойно вільна, опиняється у прямій фізичній залежності від терористів.

2. Тривалість утримання заручників: фактор часу завжди на боці терористів, адже заручники зазнають потужного психологічного тиску, і з часом вірогідність усе більшого підкорення чужій волі зростає.

3. Принцип психологічного захисту: жертва нібито уподібнюється маленькій дитині, яку несправедливо скривдили. Вона чекає на захист і,

не отримавши його, починає пристосовуватись до кривдника. Подібна реакція виявляється у групі заручників, яких можна поєднати за певним досвідом дитинства; їх захист набирає форми звеличення агресора, щоб мати можливість перебувати в його тіні (Ценьов, 2009).

Отже, психологія жертв терору вміщує п'ять важливих складових, які можуть бути розміщені у хронологічному порядку. Це страх, який змінюється жахом, що спричиняє апатію або паніку, які можуть змінитись агресією. Відмінності у поведінці жертв терору зумовлені рівнем освіти, розвиненістю інтелекту та рівнем добробуту (якщо людині майже нічого втрачати, вона виявляє схильність до хаотичного, непродуктивного протесту). Через деякий час після терористичного акту у його свідків та жертв зберігається психопатологічна симптоматика – перш за все, у вигляді відкладеного страху, а також різних фобій та регулярних кошмарів.

У рамках вивчення реакції людини на події за типом терористичного акту нами буде розглянуто і *паніку* – соціально-психологічний феномен, тимчасове переживання гіпертрофованого страху, що породжує некеровану поведінку людей, супроводжується втратою критики та контролю, неспроможністю реагувати на заклики, втратою почуття обов'язку та честі. Специфіка поведінки людини у стані паніки багато в чому визначається різким підвищенням навіюваності через перебудження психіки.

Повна паніка – із виключеною свідомістю – настає при почутті смертельної загрози. У цьому стані людина втрачає контроль над своєю поведінкою, може бігти, куди попало (навіть в епіцентр небезпеки), безглуздо метатися, скоювати вчинки без будь-якої критичної оцінки їх раціональності та етичності. Прикладом такої поведінки є події на кораблі «Титанік», а також реакція людей під час землетрусів, пожеж, вибухів тощо. Пролонгована паніка має місце при тривалих бойових операціях, наприклад, під час блокади Ленінграда або після вибуху на Чорнобильській АЕС.

Далі наведено *чотири групи факторів, що зумовлюють перетворення більш-менш організованої групи на панічний натовп*.

1. Соціальні фактори: загальна напруженість у суспільстві, спричинена подіями економічного, природного, політичного плану, які або вже відбулись, або відбудуться найближчим часом, про що свідчать певні ознаки. Це можуть бути землетрус, повінь, різка зміна валютного курсу, державний переворот, початок або невдалий хід війни тощо.

2. Фізіологічні фактори: виснаженість, голод, тривале безсоння, алкогольне або наркотичне сп'яніння призводять до зниження самоконтролю, що погрожує негативними наслідками в умовах масового скупчення людей.

3. Загальнопсихологічні фактори: несподіваність, здивування, переляк, викликані недостатньою інформацією щодо можливих небезпек та засобів протидії.

4. Соціально-психологічні та ідеологічні фактори: відсутність значущої та чіткої спільної мети, ефективних лідерів, які користуються пошаною та довірою, низький рівень групової спільності.

Виникнення та розвиток паніки пов'язані, як правило, з дією шокуючого незвичайного стимулу – наприклад, сирени, яка свідчить про початок повітряної тривоги. Поводом для паніки можуть бути і чутки. Динаміку панічної реакції можна описати у такий спосіб.

1. Різкий переляк, потрясіння, відчуття несподіваності, шоку та сприйняття ситуації як кризової, критичної, загрозливої і навіть безвихідної.

2. Хаотичні індивідуальні спроби щось зробити, проінтерпретувати те, що відбувається, через минулий особистісний досвід або пригадування чужого. Виникає гостре почуття реальної загрози. Необхідність швидкої інтерпретації ситуації стає вкрай актуальною і вимагає миттєвої реакції, і саме це відчуття гостроти ситуації заважає її логічному осмисленню та спричиняє новий страх. Якщо цей страх не отримує свого вирішення і не втамовується, розвивається наступна стадія.

3. Підсилення інтенсивності страху за механізмом циркулярної реакції: страх одних людей відбивається страхом інших, що, в свою чергу, ще більше підсилює страх перших. Упевненість у колективній спроможності протистояти критичній ситуації стрімко падає і створює у більшості свідків події почуття приреченості. Завершується все неадекватними діями, які зазвичай уявляються людям, охопленим панікою, рятівними, а насправді можуть зовсім не вести до спасіння і становити собою панічну втечу. На цьому етапі може виникати агресивна поведінка, адже відомо, наскільки небезпечним може бути звір, якого загнавши у глухий кут.

4. Масова втеча через прагнення сховатись від жаху, що насувається, – раніше або пізніше саме така реакція стає природним наслідком будь-якої паніки. Апофеоз – безоглядна втеча.

5. Завершення паніки: зовні це стає помітно через припинення втечі окремими людьми або через їх втому, або – через усвідомлення без-

глуздості того, що відбувається, повернення у «здоровий глузд». Зазвичай наслідками паніки є або втома та зціпіння, або стан надмірної тривожності, збудливості та готовності до агресивних дій.

*Засоби боротьби із панікою* різноманітні: переконання (якщо дозволяє час), категоричний наказ, інформація щодо неістотності небезпеки і навіть застосування сили до найбільш злобних панікерів. До будь-якого натовпу можна вжити таке правило: по-перше, важливо знизити загальну інтенсивність емоційного зараження, вивести людей з-під гіпнотичного впливу та раціоналізувати психіку. У натовпі людина втрачає індивідуальність і являє собою лише частину маси, яка поділяє спільний емоційний стан, що підкорює собі всю її поведінку.

У паніці як особливому стані натовпу є певні специфічні моменти. Зокрема це питання про те, хто стане зразком для наслідування. Після появи загрозливого стимулу (звук сирени, клуби диму, перший поштовх землетрусу, перші постріли або розрив бомби) завжди є тільки кілька секунд, коли люди осмислюють те, що відбулось, та готуються до дій. Саме на цьому етапі вони потребують зразка для наслідування. Жорстка, директивна поведінка-керування людьми у такі моменти – один із найефективніших способів припинення паніки. Результативною є комбінація даного методу з екстремим пред'явленням нового, причому достатньо звичного людям стимулу, який викликає спокійну й розмірену поведінку.

В умовах паніки, як і в умовах будь-якої стихійної поведінки взагалі, особливу роль відіграє ритм, адже стихійна поведінка – це поведінка, позбавлена внутрішнього ритму. Роль ритмічної, зокрема хорошої музики, важко переоцінити: вона може за секунди перетворити стихійну поведінку на організовану.

Інший добре відомий захід протидії панічним настроям – зчеплення ліктями: відчуття фізичної близькості підвищує психологічну стійкість, а з іншого боку, така позиція заважає індукторам паніки розчленовувати ряди, що й підвищує вірогідність виникнення безпорадності та розгубленості.

Як правило, психологічний вплив на натовп рекомендують націлювати на його периферію, адже її увагу легше переключити. Вплив із середини потребує проникнення агентів до ядра натовпу, туди, де навіюваність та реактивність гіпертрофовані.

### ДОДАТОК 6. Б. Колодзін «Як жити після психічної травми» (скорочено)

Більшості ветеранів в'єтнамської війни притаманні одні й ті ж порушення внутрішньої рівноваги. Цей особливий комплекс психологічних проблем отримав назву «синдром посттравматичного стресу». Проте автору цей термін не подобається, адже під «синдромом» мають на увазі болісні відхилення, у той час як особливості поведінки, продиктовані посттравматичним стресом, не завжди можна розглядати як хворобу.

Саме через це я буду відкидати першу літеру «С» (у назві СПС) і говорити не про «синдром», а про саме явище посттравматичного стресу. Я хочу привернути увагу до особистості людини, яка пережила важке душевне потрясіння, а не просто до болісних симптомів.

Оскільки в'єтнамські ветерани опинились у виняткових за сучасними американськими критеріями умовах, для виживання у них їм потрібні були такі навички та способи поведінки, які не можна вважати нормальними та загальноприйнятими у мирному житті. Багато з цих стереотипів поведінки, потрібних тільки для бойової обстановки, так глибоко пустили корені, що продовжують виявлятися навіть через багато років...

Говорячи про посттравматичний стрес, ми маємо на увазі, що людина пережила одну або кілька травмуючих подій, які глибоко поранили її психіку. Ці події так сильно відрізняються від усього минулого досвіду або спричинили настільки сильні страждання, що людина відповіла на них бурхливою негативною реакцією. Нормальна психіка за таких умов прагне пом'якшити дискомфорт: людина, що пережила подібну реакцію, докорінним чином змінює власне ставлення до навколишнього світу, щоб жити стало хоч на ненабагато легше...

Подібно до того, як ми набуваємо імунітету до певної хвороби, наша психіка виробляє особливий імунітет до болісних переживань. Наприклад, людина, яка пережила трагічну втрату близьких, надалі підсвідомо уникатиме встановлювати з кимось тісний емоційний контакт. Якщо людині здається, що у критичній ситуації вона повелась безвідповідально, потім їй буде важко брати на себе відповідальність за когось або щось...

За розповідями багатьох ветеранів, повернення додому було не менш, а то й більш важким, ніж воєнні переживання: ні з ким було широко поговорити, ніде було відчуті повну безпеку, і легше було придушу-

вати емоції, ніж дозволити їм вийти назовні, з ризиком втратити контроль. Коли людина не має можливості розрядити внутрішнє напруження, її тіло та психіка знаходять якийсь спосіб пристосуватись до цього напруження...

Найважливіше, що потрібно знати про посттравматичний стрес: навіть після довгих років сум'яття, страху та депресії можна знову знайти душевну рівновагу, якщо поставити перед собою таку мету та йти до неї... Навчившись розпізнавати наслідки пережитих екстремальних обставин, люди розуміють, що вони повністю нормальні, що болісні явища – природний результат важких подій у минулому. Таке розуміння дає внутрішню рівновагу та прийняття того, що відбулось у житті, примирення із самим собою.

Зцілення і полягає саме в тому, щоб примиритись із самим собою, побачити себе таким, який ти є насправді, внести зміни до свого життя і діяти не супроти власної індивідуальності, а в союзі з нею. Змінити минуле ми не спроможні: його не зробиш ні прекраснішим, ні потворнішим, але наші теперішні почуття, наші уявлення щодо себе, минулого, щодо того, який сенс міститься у ньому, – можуть стати іншими...

Процес зцілення, між іншим, включає і зміну поведінки... Складність полягає в тому, що нездорових звичок (наприклад, зловживання алкоголем) людина набуває, коли прагне приховати щось інше, що дуже бентежить її. Я називаю це «рефлексом пригнічення», його можна часто спостерігати у поведінці людей, які пережили травму. Рефлекс пригнічення заганяє їхні почуття глибоко всередину – туди, де емоційний вплив відчувається із меншою інтенсивністю. Це, як правило, супроводжується постійним напруженням м'язів тіла. У міру того, як людина звикає придушувати у собі негативні почуття (гнів, ненависть, лють, підозрілість), вона водночас втрачає спроможність відчувати позитивні емоції (любов, доброту, доброзичливість, довіру). А саме позитивні переживання – до себе, до оточуючих, до життя – дають людині бажання та сили змінити щось у собі та обставинах свого життя...

У більшості американських ветеранів, які намагаються адаптуватись, привчити себе до «нормальної» поведінки, головні труднощі виникають, коли їм як лікування пропонують просто забути минуле... Такий шлях не приводить до цілісності. Справжнє зцілення відбувається тоді, коли ми приймаємо і поважаємо все, що дізнались на життєвому шляху, та користуємося цими знаннями.

**Як розпізнати страх.** ...У багатьох психологічних дослідженнях описано так званий «феномен Джона Узіна». Цей кіноактор, який вико-

нував ролі суперменів у фільмах-бойовиках, став прикладом для наслідування і кумиром хлопчиків 1950–1960 років. Кіногерой Джона Узіна не був схильний обговорювати свої почуття та переживання. Зустрічаючи небезпеку, він був твердий та безстрашний. Він умів зберігати холоднокровність у будь-якій ситуації, боротьба за справедливість для нього важливіша за власне життя. У глядача створюється враження, що Узін зовсім нічого не боїться, або його роблять невразливим для почуття страху непохитна твердість та жага справедливості. Заради схожості на кумира ми повинні були так само добре переборювати страх або хоча б робити вигляд, що нам це вдається.

Отже, із дорослішанням ми вчилися брехати та прикидатись перед самими собою, щоб замаскувати почуття страху... Чоловікам не варто боятись, це притаманно тільки боягузам – говорили нам не один раз. Коли чоловік боїться, він змушений якимось видозмінювати цей страх, щоб приховати його... Таким чином, у більшості американців виробився поведінковий механізм заперечення своїх глибинних страхів. Ми всі чогось боїмось, проте відмовляємось називати це почуття страхом і змушені відшукувати для нього якусь іншу підходящу назву...

Якщо ви все ще перебуваєте під владою травмуючої події, яка відбулась у вашому житті, на шляху до зцілення вам доведеться, перш за все, чесно розібратись у тому, що так сильно налякало вас, що безпосередньо погрожувало вашому життю. Тільки після цього ви зможете внести конструктивні зміни до свого життя, щоб воно стало більш плідним та осмисленим.

«Моральний кодекс Джона Узіна», який існує у суспільстві, не дає чесно визнати свій страх – ось чому багато чоловіків, які страждають на багаторічний посттравматичний страх, не можуть об'єктивно поглянути на те, що заважає їм спокійно жити. Ми не дозволяємо собі пхикати – адже це не мужньо...

Розглянемо, яким чином почуття страху впливає на наш організм... Існує механізм, який отримав назву «бий або біжи». Тільки-но організм сприймає сигнал небезпеки, як відбувається ціла низка фізіологічних та біохімічних змін: прискорюється серцебиття та дихання, підвищується рівень напруги м'язів, змінюється склад крові та інших рідких середовищ нашого організму. Увесь цей комплекс реакцій і називається рефлексом «бий або біжи».

Головний результат усіх цих процесів, які стрімко відбуваються – стрибкоподібне підвищення кількості енергії, яку ми могли б використати, зустрівшись із небезпекою. Чим більша загроза, тим різкі-

ший стрибок, тим більшу кількість енергії ми отримуємо. Цей рефлекс сформувався у людини за довгі роки еволюції та не раз допомагав їй.

Один із недоліків рефлексу «бий або біжи» є те, що він не відрізняє реальної загрози від удаваної. Кожного разу, коли нам ввижається небезпека (навіть якщо ситуація сприйнята нами неправильно), мозок надсилає організму відповідний наказ і все відбувається точно таким же чином, як і у випадку реальної загрози. Отже, чим частіше оточення здається нам ворожим, тим більше часу наш організм перебуває у стані «бий або біжи»...

Судячи з розповідей моїх пацієнтів, у В'єтнамі небезпека переслідувала їх завжди і всюди. Довго не було можливості розслабитись, відпочити, відчути себе у безпеці. У ситуації такого роду рефлекс «бий або біжи» спрацьовує значно частіше, ніж удома, у «нормальних» умовах. У людей, які перебувають у районі бойових дій, інколи цілими днями не виключався внутрішній сигнал тривоги... Надмірна сторожкість, пильне очікування на небезпеку, а отже, збуджений стан нервової системи та високий рівень адреналіну у крові були, згідно із словами багатьох ветеранів, справою скоріше буденною, ніж винятковою... Якщо рефлекс «бий або біжи» добре натренований через те, що в минулому часто використовувався, він і в мирній обстановці буде включатись із легкістю, причому нерідко без відома самої людини. Тому в процес лікування входить розпізнання ознак, за якими можна визначити момент активації цього рефлексу...

Спробуємо прослідкувати, які зміни притаманні вашому організму у цей момент. Отримавши сигнал тривоги, починає сильно битись серце та прискорюється дихання. М'язи напружуються – ви можете помітити це через напругу у плечах, у нижній щелепі. Міцно стиснені зуби, підняті плечі, які не опускаються при видиху, поверхневе дихання, неспроможність глибоко вдихнути та видихнути – все це ознаки сильного м'язового напруження. Прийнятий наказ забороняє розслабитись.

Спостерігаючи зміни в організмі, ви навчитесь успішніше помічати реакції такого роду, і з часом розпізнавати їх на самому початку, у момент виникнення. На цьому етапі їх легше всього приборкати...

Якщо ви не знаєте, що відбувається, коли ви починаєте нервувати, потрібно негайно це з'ясувати. Пройдіть у думках увесь свій організм та проведіть своєрідну ревізію. Запитайте себе: як відчувається кожна частина тіла, коли ви відчуваєте стрес? Якими стають пальці ніг – гарячими, холодними або онімілими? Як поведуться гомілки, щиколотки, стегна, сідниці, статеві органи, шлунок, черевна порожнина, боки, по-



перек, шия, лоб? Проведіть таку «ревізію» хоча б одного разу в спокійному стані і одного разу у стані нервової напруги...

Що стосується мислення, то і тут можна навчитись розпізнавати свої «параноїдальні» ідеї, тобто страхи та побоювання, невинуваті з погляду реальних обставин... Оразу ж, як тільки відчуєте, що внутрішньо напружуєтесь та приходите у стан «бойової готовності», поставте собі запитання (воно дозволить поглянути на ситуацію дещо відсторонено та оцінити реальну небезпеку): «Чи погрожує щось моєму життю?»... У такий спосіб ви виграєте час для того, щоб проаналізувати обстановку та зрозуміти, що це не є ситуація виживання. Таким чином ви навчитесь стримувати свої бойові рефлекси, коли вони недоречні. Крім того, в такий спосіб ви перевіряєте реальність своїх страхів, встановлюєте, які з них є «маніакальними», необґрунтованими.

Існує зв'язок між страхом та гнівом. У тих сферах вашого життя, де часто присутній гнів, спочатку відбулось щось жахливе, що сильно налякало вас. Звичайно, відчувати щирий гнів у хвилину реальної загрози природно і цілком нормально. Проте інколи ми почуваємось під загрозою з причини необґрунтованих страхів, і при цьому вдавана небезпека може розлютити нас зовсім не менше, ніж реальна.

Отже, якщо ви дуже часто відчуваєте гнів та хотіли б відчувати його рідше, раджу вам ближче познайомитися з тими явищами, які лякають вас і тим самим провокують почуття гніву. При цьому зміниться фокус вашого сприйняття ситуації: ваша увага буде спрямована не на того, хто вимусив вас розлютитись, а на те, в який спосіб ваш власний рефлекс «бий або біжи» спрацював у відповідь на щось жахливе. Навряд чи у вас колись з'явиться можливість керувати діями інших людей, проте ви можете навчитись брати під контроль вашу власну реакцію на те, що відбувається.

Як правило, новобранця спочатку піддають серйозним випробуванням, щоб викликати у нього тривалий стан втоми та безпорадності, які викликають почуття страху. Після того, як молодого бійця навчать підкорюватись наказам, йому передають знання, що дозволяють знову відчути себе впевнено, навчають володіння різними бойовими навичками. Його навчають керувати своїм тілом та думками, пристосовуватись до обставин, спрямовано використовувати власну силу тощо. На наочних прикладах новобранець засвоює один дуже важливий аспект поведінки: що робити, коли стає страшно. При цьому йому вказують на еталон «гарного солдата», який реагує на небезпеку у певний спосіб... По суті справи, солдата навчають відповідати на власне почуття стра-

ху агресивною поведінкою. При достатньому тренуванні ця навичка доводиться до автоматизму: людина реагує, не замислюючись і навіть не усвідомлюючи, що її налякало. Саме цей гнів багато ветеранів вважають головною причиною своїх життєвих труднощів: «Не знаю, звідки він у мене», «на мене раптом щось найшло», «інколи це відбувається без усіякої причини».

Коли вас охоплює гнів, причина цьому існує завжди, проте вона може бути прихована. Якщо протягом кількох років ви розвивали у собі цей рефлекс, у вас у крові, напевно, підвищений рівень норадреналіну (гормона, пов'язаного із почуттям гніву), і через нього вам притаманно інколи проявляти безпричинну агресивність...

**Як знайти внутрішню рівновагу.** Рівновага не полягає у тому, щоб сильніше напружитись або розслабитись, проте включає здатність підтримувати саме такий стан, який необхідний для конкретної діяльності, якою б вона не була... Щоб знайти внутрішню рівновагу, вам потрібно буде знайти той стан, у який ви будете повертатись кожного разу, щоб ефективно виконувати свої завдання. Простіше кажучи, знайти внутрішню рівновагу – це зайняти таку позицію, щоб вас нелегко було «збити з ніг», незважаючи на життєві складнощі.

Розглядаючи проблеми в'єтнамських ветеранів із позиції цього уявлення щодо рівноваги, я виявив, що одне з найбільш поширених постстресових виявів – високий рівень м'язової напруги та пов'язані з нею болісні явища: кольки, спазми, головні болі тощо. За допомогою електроміографічного обладнання я не раз переконувався, що багато пацієнтів, у яких зберігається високий рівень м'язової напруги у певних м'язових групах, самі не усвідомлюють, що ці м'язи постійно напружені. Справа в тому, що ці м'язи перебували у стані напруги тривалий час – настільки довго, що пацієнт забув, як вони почувались, коли були розслаблені.

Траплялося, що пацієнти, яких навчили розслабляти м'язи за допомогою апаратури, спочатку відчували дискомфорт, для них було звичною напруга. Проте час і практика приносять свої результати: стан розслабленості стає звичним і приємним...

Припустимо, наприклад, що у вас бувають головні болі, спричинені перенапругою. Спочатку зрозуміло одне: голова болить, і єдине бажання – позбавитись болю. Проте засвоївши на практиці деякі методи досягнення рівноваги, ви зрозумієте, що болі виникають тільки при накопиченні стресової напруги. Це означає, що при стресі ви активно на-

пружує певні м'язи, що, в свою чергу, ускладнює кровообіг та спричинює головний біль.

Якщо вам відомо, що відбувається в організмі до того, як ви відчуваєте біль, то ви побачите завдання не в тому, щоб скоріше затамувати больове відчуття, а в тому, щоб опанувати стрес, реакцією на який і є ваш головний біль. У деяких випадках перейти від стресу до внутрішньої рівноваги можна, тільки навчившись розслабляти певні м'язові групи. Які саме м'язи варто розслабити, залежить від вашого індивідуального рисунка м'язової напруги. Навчаючи цього методу своїх пацієнтів, я користувався електроміографічним обладнанням. За його допомогою пацієнт може сам переконатись, наскільки ефективно його м'язи реагують на команду розслабитись.

Така ж стратегія може бути вжита стосовно ваших думок. Якщо вам притаманні «нав'язливі ідеї», продиктовані необґрунтованим страхом, вони, вірогідно, змушують вас напружуватись так само сильно, як у тому випадку, коли вам щось насправді загрожувало. Тому, говорячи про виховання рівноваги, ми говоримо, зокрема, і про образ мислення, вільний від нав'язливого необґрунтованого страху... *(опис прогресивної м'язової релаксації, поєднаної з візуалізацією процесів у організмі)*...

Зазвичай я рекомендую моїм пацієнтам розслабляти у такий спосіб протягом 10 днів тричі на день. Це мінімальний термін, якого людина потребує, щоб дізнатись, чи допоможе їй ця вправа.

**Спілкуватись так, щоб тебе розуміли.** Тривале перебування в обстановці, сповненій небезпеки та безперервної боротьби за виживання, формує у людини звичку приховувати від співбесідника інформацію не тільки в екстремальних умовах, коли від цього залежить життя, а й у звичайній буденній ситуації. Така звичка часто породжує стресові ситуації, адже є нерозривний зв'язок між відсутністю чіткої інформації та проявом почуття страху.

Якщо вам, наприклад, поставили пряме питання, а ви дали на нього дуже туманну відповідь, вашому співбесіднику може здатись, що ви не довіряєте йому, щось приховуєте або не хочете ділитись тим, що вам відомо. Ваш співбесідник, скоріш за все, не здогадується про реальні причини недовірності. Його інтерпретація не має нічого спільного з вашими справжніми намірами. У цієї людини свої проблеми, сумніви, страхи, можливо, вона не впевнена у собі. Коли ви уникнули прямої відповіді на запитання з незрозумілої співбесіднику причини, він лякається. Його тривожність може відбитись і на вас, і в результаті ви від-

далитесь один від одного з однієї єдиної причини – невміння викладати свої думки ясно та правдиво.

Людям, які страждають на посттравматичний стрес, може бути важко давати про себе правдиву, щирі інформацію. Про деякі болісні симптоми (наприклад, про нічні кошмари або нав'язливі спогади, пов'язані з трагічними подіями минулого) людина просто не бажає ні з ким розмовляти. Якщо це знайомо і вам, то ви або внутрішньо не готові до розмови на ці теми, або не бажаєте ділити свої проблеми з оточуючими, або в вас працює несвідома звичка, описана вище, – приховувати інформацію.

Коли така потайливість присутня у стосунках із близькими людьми, які добре знають, як ви розмовляєте та виглядаєте, коли все гаразд, ваша брехня не спрацює. Здогадуючись, що вас щось засмучує, близькі вирішать, що це відбувається з їх провини. Коли у відповідь на запитання: «Що з тобою?» вони чують: «Все гаразд!» і водночас бачать, що це неправда, то починають шукати причину вашого стану у власних вчинках...

Повідомляти про себе правдиву інформацію не завжди легко. Інколи ми маємо твердий намір сказати всю правду, але у нас нічого не виходить, і справа ще більше заплутується. Щоб досягнути повної ясності, важливо не тільки щиро виражати свої думки та почуття, а й перевіряти, чи отримав співбесідник те повідомлення, яке ви йому передавали. Іншими словами, потрібно з'ясувати, чи розмовляєте ви спільною мовою. Час від часу ставте йому запитання, щоб дізнатись, чи настроєний він на вашу хвилю. ...

Інколи неясність спілкування буває свідомою. Як приклад я навів би так званий рефлекс «я не знаю». Він виявляється, коли ми роздратовані або з якоїсь причини не бажаємо підтримувати розмову. Цей стиль спілкування можна назвати пасивно-агресивним; він демонструє, що ми можемо бути агресивні, навіть якщо зовні виглядаємо мирно.

Не відповідати на питання, вдаючи, що не знаєш відповіді, – це спосіб поставити себе у більш вигідне становище, ніж співбесідник, позбавити його впевненості. Якою б словесною формою не була наділена відмова (а варіантів може бути велика кількість), такий вид спілкування може бути вкрай агресивним з причини дуже викривленого комунікативного змісту. Стиль «я не знаю» – це спосіб уникнути спілкування, і водночас не брати на себе відповідальності за відмову від спілкування. Ваш співбесідник почуватиметься невпевнено, його може налякати ваше незрозуміле небажання відповідати на запитання.

Вам буде легше добитися взаєморозуміння з оточуючими, якщо ви засвоїте, що несете відповідальність за кожне своє висловлювання. Не забувайте, що мовчання – також своєрідне висловлювання. У який би спосіб ви б не відповіли на запитання – повністю або частково, або зіслалися на незнання – це завжди вміщує повністю конкретний комунікативний зміст.

У тих випадках спілкування, коли для вас має особливе значення близькість та взаємна довіра, пам'ятайте, що викривлена інформація породжує страх, а щире та зрозуміле пояснення його розсіює. Якщо оточуючі не розуміють вас, перевірте, чи вмієте ви спілкуватись. Усіляка напруга у стосунках щонайменше наполовину зумовлена не справжніми розбіжностями у поглядах, а тим, що співбесідники розмовляють, не розуміючи один одного.

Одна із сфер спілкування, де найчастіше виникають стресові реакції, – це вираження критики та схвалювання. Якщо стиль спілкування виробляється у вас в екстремальній ситуації, то ви, скоріш за все, тяжієте до чогось одного, вірогідно, вам буде легше критикувати, ніж хвалити.

Якщо вам здається, що хтось поводить неправильно, то з погляду виживання ви, лаючи цю людину, проявляєте турботу про неї: адже неправильна поведінка може призвести до її загибелі. Так виробляється звичка завжди висловлювати свої критичні зауваження, не приховуючи їх, коли людина поводить «не так, як потрібно». Але якщо в схожій ситуації люди поведуться «так, як потрібно», тобто роблять усе, що від них залежить, щоб не загинути, тоді, згідно з вашою думкою, у спілкуванні немає потреби. Така комунікативна поведінка характерна для екстремальних умов: висловлюватись, коли щось не так, і мовчати, коли все гаразд. З цієї причини вам легше дорікати людині, ніж хвалити її.

Якщо вам потрібно висловити комусь важливі критичні зауваження, ретельно добирайте для цього місце і час. Відкладіть критику до того моменту, коли будете відчувати максимальну душевну рівновагу.

Не менш важливо, як ви сприймаєте повідомлення такого роду. Чи спроможні ви слухати зауваження про себе, не відчуваючи гострої стресової реакції? Чи вмієте ви спокійно приймати похвалу? Якщо критичні або схвальні висловлювання завжди виводять вас із стану рівноваги, потрібно запитати себе, що саме ви вважаєте загрозливим у таких висловлюваннях. Це ще один із шляхів розпізнати у собі страх.

Існує ефективна вправа на розвиток навичок спілкування. Вона має назву «пиріг із начинкою». Двоє учасників домовляються по черзі виконувати роль того, хто говорить, і того, хто слухає. Той, хто говорить,

мусить зробити три висловлювання про партнера: перше виражає схвалення і починається словами: «Я ціную тебе за те, що...»; друге містить критику і починається зі слів: «Мені буває складно з тобою, тому що...»; нарешті, третє, як і перше, знову містить схвалення.

Вправу можна ускладнити для тих, хто бажає потренуватись в умінні перевіряти тотожність сказаного та почутого. Для цього по завершенні першої частини вправи кожний з учасників по черзі повторює те, що чув про себе, та встановлює, чи правильно він зрозумів співбесідника. Вправу можна виконувати вдвох, без сторонніх, проте дуже важливо не ображатись на критику і не виправдовуватись.

Не потрапляйте у пастку зарозумілості: коли ви принижуєте співбесідника, відмовляючи йому в праві на власні почуття та погляди, ви тим самим саботуєте спілкування між вами. Якщо ви відчуваєте, що не можете втриматись у межах правил, тоді при виконанні вправи вам буде потрібна третя особа – арбітр. Лікар-психотерапевт або спокійна, терпляча людина допоможуть вам навчитись уважно слухати співбесідника та відверто висловлюватись...

**Як перебороти важкі спогади.** Ми спробуємо поглянути на три різні типи «непідвладних контролю» переживань не як на зловливий наріст на душі, який потрібно безжалісно видалити, а як на приклади втрати рівноваги внаслідок внутрішньої війни.

**Сни про війну.** Якщо тяжкий сон про війну повторюється часто, якщо в серії снів можна прослідкувати одну страшну фабулу, це доводить людину до повної безпорадності. Той, чий сновидіння сповнені страху, ненависті, тривоги, навіть не може як слід виспатись. Недовгий або неглибокий сон призводить до фізичного або психічного виснаження та породжує дратівливість, швидку втомлюваність, розлади пам'яті, неспроможність сконцентруватись, депресію.

Снодійне (зрозуміло, приписане лікарем) не вирішує проблеми, адже надасть тимчасове полегшення, поки ви шукаєте відповідь на головне запитання: чому вам не вдається спокійно спати? Дехто, щоб заснути, вживає алкоголь або інші наркотичні засоби; це ризиковано, адже може статися звикання. Таке вживання наркотику з великою вірогідністю викличе залежність або підсилить ту, яка вже є.

Тим, хто не бажає нічого приймати, допоможе фізичне навантаження, релаксація, аутотренінг та спокійна обстановка десь ближче до природи. Вважайте відновлення сну вашим основним завданням. Для підтримання природної рівноваги організму спати не менш потрібно, ніж їсти, пити та дихати.

Тривожний сон, який знову і знову повторюється, повинен, напевно, щось означати. Якщо ви відтворюєте цей сюжет у мозку, отже, він для вас чимось важливий. Той образ або образи, які не покидають вас уві сні, слугують, по суті справи, повідомленням, яке ви надсилаєте самі собі. Це сигнал, що вам потрібно звернути увагу на дещо, пов'язане з цими образами...

Щоб застосувати принцип рівноваги до проблем сновидінь, потрібно послідовно зробити таке.

1. Вивести на поверхню, усвідомити у бадьорому стані сюжет свого сну.

2. Запитати себе, що потрібно для відновлення миру, припинення тієї внутрішньої війни, до якої сновидіння намагається повернути вашу увагу.

3. Знайти спосіб застосувати отриману відповідь у своєму теперішньому житті.

У терапевтичній практиці ці три кроки – поступовий процес, який може тривати кілька років. Аналіз власних сновидінь важкий, у першу чергу, тому, що в них відбиті події особливого роду. Якщо вони відбулись у зоні бойових дій, у вас, скоріш за все, не було можливості пройти всі стадії емоційної реакції, природної для кожної людини при зіткненні з чимось, що вище за її сили: заперечення (цього не може бути, я не вірю, що це відбулось), гнів (я у нестямі від люті, це не повинно було відбутись), скорбота (мені дуже боляче, що це відбулось). Імовірно, вам потрібно буде ще раз повністю пережити ці почуття, поки нарешті ви прийдете до більш урівноваженого стану, який можна назвати «прийняттям»: «що ж, доведеться змиритись з тим, що відбулось, і зайнятись іншими важливими справами».

Інакше кажучи, перш ніж ви знову отримаєте щось краще у вашому житті, вам доведеться певний час змиритись з найгіршим. Легше проводити таку роботу в тихому, спокійному місці, серед турботливих людей, які вас розуміють, і під керівництвом обізнаної людини.

Якщо ви прокинулися спітнілим та на душі у вас якийсь неспокій, то, за умови відсутності інших причин (фізичне захворювання, жара в кімнаті), можна з упевненістю сказати, що ви пережили стрес. Якщо уві сні ви крутите та смикаєтесь, це явно вказує на тривожність у ваших сновидіннях.

Вирішивши встановити, що відбувається у ваших снах, можете зробити таке.

1. Заведіть спеціальний щоденник сновидінь. Тримайте неподалік від ліжка олівець та аркуш паперу, а також неяскраве джерело освітлення, яке легко увімкнути. Привчіть себе одразу після прокидання записувати зміст сновидіння. Можна наговорити те, що запам'ятали, на магнітофон, якщо вам так зручніше. Фіксуючи свої спогади у той момент, коли вони ще свіжі, можна багато дізнатись. Якщо ви не можете пригадати ні весь сон, ні навіть його фрагменти, спробуйте наступного разу перервати сон посередині: нехай вас розбудить дзвінок будильника або хтось із близьких. Наприклад, знаючи, що ви часто прокидаєтесь між 24-ю та годиною ночі, експериментуйте, послідовно ставлячи будильник на 24-ту, о пів на першу та годину ночі. Так буде легше пригадати деталі побаченого.

2. Налаштуйте своє мислення. Щоб навчитись легше запам'ятувати свої сни, варто звернутись до професійного психолога, обізнаного на техніці гіпнозу та інших методах настроювання мислення.

3. Приєднайтесь до групи, що вивчає сновидіння. Легше навчатись у групі або під керівництвом психолога, або у тій, що була свідомо створена людьми, які досліджують свої сновидіння...

Перейдіть до тлумачення своїх сновидінь тільки тоді, коли відчуєте, що готові до цього. Якщо у сні ви когось або щось ненавиділи, то звідки приходиться ця ненависть? Якщо хтось з учасників був злий на вас – звідки ця злість, що спричинило її? Якщо уві сні ви бачили своїх знайомих, яких уже немає в живих – про що вони вас питають, що вимагають і чому? Якщо вам було страшно, чого саме ви боялись? Чому це лякало вас?

Коли ви дозволите цим запитанням зануритись у свідомість, звідти поступово почнуть спливати відповіді. Цей процес значно полегшиться, якщо ви проконсультуетесь у спеціаліста. При вивченні сновидінь дуже корисно радитись із кимось. Якщо ці потужні сплески вашого внутрішнього світу сильно бентежать вас, ваші стосунки з навколишнім світом значно ускладнюються...

Що б не містилось у ваших сновидіннях, ви зменшите вплив негативних емоцій, якщо зможете визначити у своєму сні певний зміст, а потім використати розгадку у теперішньому житті.

**Непрохані спогади.** Існує декілька способів зменшити інтенсивність та кількість подібних психічних явищ. Хоч, зі слів багатьох пацієнтів, вони виникають без будь-якої видимої причини, це не зовсім так. Існують особливі сигнали, які попереджають про появу «кінокадрів із минулого»: м'язова напруга, підвищена тривожність, особливі «стресо-

ві» зміни в організмі, емоційна напруга і, в деяких випадках, активація команди «бий або біжи».

«Непроханим спогадам» часто передують події, які їх провокують. Така подія, часто несподівана, відбувається у теперішньому часі, але якимось чином нагадує ту, що відбулась у минулому. Наприклад, за певних умов це можуть бути запах, шум, видовище, думка або почуття, які виникають у свідомості пацієнта і асоціюються з травмуючим минулим...

Якщо кінокадри з минулого для вас часте явище, значить, ви схильні неправильно сприймати події теперішнього часу. У такий момент, коли щось із того, що відбувається навколо, сприймається вами неправильно, ви перебуваєте під впливом минулої травматичної події, настільки потужної, що вона повністю оволодіває вашою увагою.

Щоб узяти під контроль непрохані спогади, потрібно навчитись певних засобів профілактики.

1. Навчитись упізнавати за внутрішніми ознаками, що в організмі накопичується стрес.

2. Навчитись послаблювати стресову реакцію.

3. Навчитись брати «тайм-аут» при перших ознаках стресу.

4. Регулярно нагадувати собі, що минуле не варто плутати із сучасним. У критичний момент, коли щось нагадало про травмуючу подію, відволіктись від спогадів та переключитись на події теперішнього часу.

5. Вчитися знаходити смисл у тяжких спогадах, які оволодівають вашою увагою, і миритись із подіями минулого.

**Спалахи люті.** Існує декілька попереджувальних заходів, що зводять до мінімуму шкоду, яка завдається у люті, подібно до того, як вогнегасник зводить до мінімуму руйнівну силу пожежі. Окрім них, існують методи тривалого та глибокого самовивчення, які приводять до витоків вашого гніву.

1. Якщо у вас є вогнепальна зброя, краще нехай вона зберігається у когось з ваших друзів або в якомусь важкодоступному місці. Принаймні тримайте зброю та боеприпаси у різних місцях. Це дасть вам життєво важливий вигравш у часі: перш ніж діяти у пориві гніву, ви астигнете замислитись про те, що збираєтесь робити. У момент люті людина скоює імпульсивні вчинки, не замислюючись про наслідки.

2. Віддаліться на безпечну відстань від людини, на яку спрямований ваш гнів. Коли ваша внутрішня рівновага втрачена, не варто займатись вирішенням міжособистісних конфліктів – для цього буде більш

доречний час. Навіть якщо ваш гнів справедливий і з вами вчинили погано, ви все одно не зможете чітко висловити свої погляди та знайти вихід із ситуації, поки не заспокоїтесь.

3. Знайдіть або обладнайте для себе безпечне місце, де можна дати вихід своїй люті, ні перед ким не звітуючи. Це може бути ліс або парк, ваш автомобіль, кімната або ще щось. Якщо таке сховище відсутнє, ви ризикуєте вилити свій гнів на безвинних перехожих або близьких вам людей.

4. Знайдіть собі якусь невинну діяльність, що не спричиняє шкоди і допоможе «розрядити» ваш гнів. Декому допомагає енергійна фізична робота (наприклад, рубання дров), іншим – біг або важкі (до поту) фізичні вправи. Ще інші відчувають полегшення, якщо розповідають про свої почуття терплячому та уважному слухачу, комусь достатньо широкої бесіди «з самим собою», тобто записування своїх вражень (давати їх комусь читати необов'язково).

Щоб надалі такі напади люті виникали якомога рідше, намагайтесь прослідкувати, що відбувається всередині вас у той момент, коли починає накопичуватись роздратування. Причиною гніву може бути навколишня обстановка, минулі бойові рефлексії або комбінація різних факторів. Дослідження тих сторін свого життя, де гнів виявляється частіше за все, допоможе вам краще зрозуміти його механізм...

**Як вивчати історію свого життя.** У пошуках віх, які позначають ваш особистий шлях до зцілення, не прагніть досягти ідеалу, проголошеного кимось: тут мають значення тільки ті міри та стандарти, які ви прийняли для себе.

Головне завдання – визначити основний зміст свого життя. Ви будете розглядати ті ситуації, які свідчать про втрату рівноваги, і ті, яким притаманні спокій та гармонія. Ви вирушите на пошук інформації, яка допоможе вам жити по-своєму, спираючись на власний унікальний життєвий досвід. Цей пошук принесе реальні відчутні результати, тільки якщо буде спрямований всередину: саме там, у вашій особистості, закладені відповіді на всі запитання.

Щоб отримати правильну відповідь, потрібно поставити правильне запитання. Як знайти своє місце у цьому безглуздому світі? Як внести хоча б трішки спокою у своє життя? Як осмислити всі пережиті жахи? Такі питання вірогідніше призведуть до зцілення, ніж копання у недоліках – своїх та нашого оточення. Головна їх мета – навчитися широко розмовляти із самим собою. Звісно, не все підвладне нашому контролю, проте існує галузь, на яку ви можете цілком вплинути: це ваш внутріш-

ній світ, ваша особистість та життєві шляхи, що ви обираєте. Можливо, тривалий час ви були «зациклені» на певних способах поведінки, мислення та відчуття, вірогідно, ви не позбулись їх і зараз. Ви кажете собі, що це стереотипи і є ваша індивідуальність, ваш внутрішній світ. Проте людська особистість володіє однією якістю: насправді ми значно багатогранніші, ніж наше уявлення про себе.

Ваша мета – ретельно вивчити ваш досвід, усі події, які зустрілись на вашому шляху, щоб визначити, які саме обставини сформували вас, визначили вашу індивідуальність. Можливо, ви знайдете такі частини своєї особистості, з якими давно втратили контакт. Деякі викличуть у вас болісні відчуття: ви пригадаєте, що тут втратили рівновагу, і життя збило вас із ніг. Інші, навпаки, принесуть задоволення: тут ви відчули твердий ґрунт під ногами.

Виконуючи це завдання, вам, можливо, знадобиться записати свої спогади, тобто завести своєрідний щоденник. Тримайте його у безпечному місці, де його ніхто не знайде, адже він призначений тільки для вас. Ви, вірогідно, захочете поділитись деякими думками та враженнями, які у вас виникли – і це прекрасно...

Метод самовивчення, про який ітиметься далі, включає активну роботу уяви. Якщо у вас не дуже багата фантазія, не страшно – достатньо мінімуму: уявіть, як виглядає шлях. Якщо уявили, то можна починати.

Перший крок – розгляньте ваше життя у послідовності подій так, нібито це шлях. Ось ви народились. Це початок вашого шляху тут, на планеті Земля. Кожне місце, де ви побували, кожна подія, яку пережили, складають певну частину пройденого шляху. Перед вами лежить продовження шляху – там ви ще не були і туди ми поки що заглядати не будемо. Отже, ви народились, почався ваш шлях – і простягнувся до сьогоднішнього дня. Уважно придивіться до того, що відбувалось із вами дорогою. Краще тримати папір і олівець, адже щось доведеться записати.

Уявіть собі, що сидите на віддаленому високому схилі та з висоти розглядаєте шлях свого життя. Ви проходите одну ділянку за іншою, оцінюючи обстановку та звертаючи увагу та всі події, що відбуваються. Спочатку ви будете шукати те, що особливо вплинуло на вас і зробило таким, який ви є зараз... Що було важливим, а що ні – ніхто окрім вас не визначить. Надайте собі повну свободу: оглядайте місцевість і шукайте те, що, на ваш погляд, було найважливішим. Не намагайтесь систематизувати спогади, просто йдіть за подіями. Знаходячи щось значне, робіть помітку, щоб потім пригадати. Продовжуйте до тих пір, поки

не дійдете до теперішнього часу. Для першого разу достатньо 10 ключових подій. Приділіть цьому 20–30 хвилин, а потім подивитесь, що із цього вийде...

Роблячи помітки, ви запитували деякі частини своєї особистості. Отже, коли ви заглядаєте у минуле і пригадуєте дружбу, яка багато значила для вас, або ворожнечу, або кохання, або ідею, яка захопила вас, або щось ще, доречно буде запитати: «Чи хочу я, щоб цього було більше у моєму житті? Чи хочу, щоб було менше?» За допомогою ваших відповідей ви починаєте говорити самому собі, чого саме ви шукаєте у житті і чого хочете уникнути.

Наступна «експедиція в середину себе»: уявивши себе на схилі, звертати увагу не на самі події, а на ті обставини, ту атмосферу, те тло, яке було для вас найбільш значущим. Під час дослідження раджу шукати ті ділянки свого життя, де вам було добре та природно, де ви займались тим, що, на вашу думку, і варто робити, де ваша рівновага була найстійкішою. І це дозволяло вам бути самим собою. Як і минулого разу, записуйте всі ключові слова, приділіть цьому заняттю 20–30 хвилин та намагайтесь обмежитись найважливішими моментами.

Навіть тоді, коли аркуш паперу перед вами залишився чистим, тобто ви не змогли пригадати жодного моменту, воли вам було добре, все одно ви отримали дуже важливу інформацію щодо своєї історії.

Спробуйте повторити вправу, але тепер замість пошуку «пиків» та чудесних моментів шукайте просто ті місця, де ви почувались найспокійніше та найменш неприємно. Поступово вони приведуть вас до спогадів про ті ситуації, коли ви були в мирі з самим собою.

Так ви отримаєте першу підказку, як внести більше змісту у своє теперішнє життя. Ця інформація допоможе вам знайти відповідь на запитання, як жити зараз. Запитайте себе: «Якщо я піду у цьому напрямку, приведе він мене до мети: почуття щастя, радості життя та будь-якому іншому з тих позитивних почуттів, знайдених під час дослідження?» Ясну інформацію щодо своїх глибинних потреб не можна отримати від іншої людини. Ніхто не розповість вам, яким варто бути – таке знання може прийти тільки з глибини вашої психіки. Це означає, що інформація, яка надходить зсередини, правдива; ви можете повністю довіритись їй, і вона, як стрілка компаса, вкаже вам шлях до зцілення.

Якщо вже тривалий час ви не можете розслабитись, спробуйте перенестись думками у той момент минулого, коли почувались спокійно та безтурботно. Самий спогад допоможе вам розслабитися зараз. Ніякого фокусу тут немає: це спосіб використовувати свій життєвий досвід...

Ваша наступна «експедиція в середину себе» вимагатиме обережності. Користуючись тим же методом, що й раніше, будемо шукати іншу обстановку: місця потворні та жакливі, сцени, що завдають болю, ситуації, де ви повністю втратили рівновагу. Імовірно, вам хотілося б уникнути такого дослідження, адже неприємно пригадувати страх та біль. Не змушуйте себе: коли ви будете внутрішньо готові, ви самі припините відвертатись від цих спогадів, а якщо ще не готові – чесно визнайте це.

Вам доведеться сконцентруватись на особливих спогадах, які можуть викликати негативну реакцію. Обов'язково знайдіть спосіб записати, що ви відчували та думали у цей момент. Так ви отримаєте ключ до розуміння того, які події та переживання впливають на вас. Після того, як завершите вправу, перевірте, чи немає ознак напруги у м'язах. При поверненні до важких спогадів людина, як правило, фізично напружується: у цьому випадку варто зробити перерву, щоб відновити рівновагу за допомогою релаксації та глибокого дихання, і тільки після цього перейти до наступного етапу роботи.

Якщо протягом цієї вправи у вас виникає дуже бурхлива реакція, перервіть її та поверніться через деякий час. Чесно визнайте, на якому спогаді з'явилась ця реакція. Якщо довести до кінця цю вправу у вас не виходить, варто звернутись до когось, хто зміг би допомогти вам виявити ці частини вашого життя.

Вам доведеться ще раз зіткнутись із болем, страхом та депресією при погляді на найбільш потворні сцени вашого життя. Проте я не знаю іншого способу зробити цей біль слабшим. Вам стане легше, коли ви, нарешті, вирветесь із полону негативних переживань та повернетесь до більш урівноваженого стану.

Нарешті, остання подорож. Цього разу ви будете шукати ті обставини свого життя, які супроводжувала любов. Вона могла бути щасливою чи невдалою: зараз нам неважливо, чим закінчилась справа. Справа не тільки у любові сексуальній, а й в любові до батьків, до друга, домашньої тварини, ідеї, місця – до чого завгодно. Все, що гріло ваше серце і багато для вас позначало – предмет ваших пошуків. Можливо, у вас було важке дитинство і ви не знали любові, поки не пішли з дому. Або, навпаки, ви пам'ятаєте любов тільки у дитинстві, а потім її не було. Не кидайте пошуків: десь у вашому житті любов обов'язково була, навіть якщо на великій ділянці шляху ви її не зустріли.

Смисл вправ, які тут пропонуються, – допомогти вам витягти із пам'яті окремі фрагменти вашої історії. Ви переконались, що у фор-

муванні вашої особистості зіграли свою роль багато подій; деякі з них, можливо, боляче пригадувати, адже вони потворні, проте інші породжують приємні відчуття. Не з чітких слів, а з власного досвіду ви побачили, що насправді ви – звичайна людина, спроможна вести будь-який спосіб життя.

За допомогою цього методу можна заповнити й інші пробіли своєї пам'яті: оберіть будь-який аспект, який вас цікавить.

**Як примиритися з примарами минулого.** У дитинстві ми намагаємось поводитись і мислити так, як бажають того наші батьки, або, навпаки, відторгаємо їх цінності й з усіх сил прагнемо бути не такими, як вони хочуть. В обох випадках вірно одне: спосіб життя батьків сильно вплинув на нас, при цьому найбільша частина того, що було засвоєне, перейшло у несвідоме.

Ця підсвідома програма, закладена в нас нашою родиною, діє протягом усього нашого життя. Я називаю її «спадщиною предків», адже на нас впливають не тільки батько, мати й інші найближчі члени родини, а й через них, опосередковано, більш віддалені предки. «Спадщина предків» формує наші життєві цілі та визначає нашу спроможність відчувати душевний спокій. Вона потужно впливає на наші підсвідомі переконання (те, у що ми віримо, самі не усвідомлюючи) і являє собою широку галузь для вивчення для будь-кого, хто прагне досягти внутрішньої рівноваги.

Якщо, наприклад, у вашій сім'ї було не прийнято виражати свої почуття, бо це вважалось ознакою слабкості, то ви з раннього дитинства навчилися придушувати свої емоції. Якщо пізніше вам довелося пережити травматичну подію, ви намагались помовчувати та опановувати свої переживання самотужки, не поділяючи їх ні з ким.

У такому випадку шлях до зцілення включає не тільки примирення з травматичними подіями як такими, а й примирення з деякими сторонами «спадщини предків», які створюють внутрішній конфлікт.

По-перше, треба усвідомити, що саме ви успадкували від предків. У цьому вам допоможе відверта самооцінка. Коли ви підсвідомо обираєте той чи інший спосіб поведінки, це означає, що ви просто не усвідомлюєте, що робите, або не підозрюєте, що можна вчинити по-іншому. Але як тільки ваш вибір стане свідомим, у вас з'явиться можливість поводитись інакше.

Можна розпочати пошук «прихованої спадщини» з вивчення незавершених справ вашого життя. Незавершені справи варто розуміти буквально, як замисли, що лишилися незавершеними, перервані взаємоді-

носини тощо. Вірна ознака, за якою можна знайти незавершені справи, – це почуття, яке супроводжує той чи інший спогад. Із багатьох подій вашого життя деякі ви оцінюєте як добрі, інші – як погані. Незавершені не належать не до перших, ні до других. Незалежно від емоційно-го забарвлення, вони лишили відчуття незавершеності.

Якою б не була незавершена справа, запитайте себе: «Чого я б хотів замість того, що відбулось? Про які свої вчинки я жалкую? Які вважаю правильними? Про які чужі вчинки я жалкую?» Відповіді допоможуть «налагодити» незавершену справу. Ви не можете повернутись у минуле і змінити його, але свої побажання стосовно минулих подій ви можете врахувати у своїх теперішніх вчинках і, таким чином, поступово вибачити свої помилки та помилки інших. Працюючи над «незавершеними справами», ви отримаєте корисний досвід: ви навчитесь сприймати себе не як учасника, а як деяку особу, яка засуджує зі сторони неправильні вчинки – саме вчинки, а не того, хто їх скоює. Ви зможете правильно оцінити себе такого, яким стали, і вибачити такого, яким були.

У пошуках незавершених справ, пов'язаних із травматичним подіями, вчиняйте так же само, як і в попередньому дослідженні, коли шукали незавершені родинні справи. Основний критерій такий же: коли ви концентруєтесь на незавершених подіях, у вас з'являється сильна емоція, що виводить з рівноваги, – ознака того, що ви не змирилися з тим, що відбулось. Способи примирення з примарами минулого такі ж різноманітні, як і події, що дали початок цим примарам, проте у всіх випадках вам доведеться приділити увагу цій незавершених справі, яка не дає вам спокою. Якщо, наприклад, вас бентежить пам'ять про давно згинулу людину, вам доведеться знайти спосіб щиро виразити своє добре ставлення до неї, і тільки після цього ви зможете отримати душевний спокій.

Щоб зцілитись, треба вміти по-новому поглянути на смисл того, що було раніше, того, що відбувається зараз, і того, що повинно відбутись у майбутньому. Коли ми знаходимо новий смисл, він так змінює наше самовідчуття, що після цього і наші стосунки зі світом стають повністю іншими.

**Праця, яка приносить самоповагу.** Якщо повагу до всіх і всього ви вважаєте досить недосяжною, намагайтесь завоювати хоча б маленький плацдарм: навчіться поважати і високо цінити щось, особисто вами вибране. Коли ви дозволите собі поважати щось, до вас поступово прийде душевна рівновага, ви будете набувати нових цінностей та вкладати у них свою повагу. Дивідендами з цього вкладу будуть свобода та спокій, як внутрішні, так і зовнішні...

Спроможність виховувати у собі повагу – величезний потенціал для кожної людини. Таку роботу над собою я називаю «справжньою працею». «Справжня праця» – це будь-яка вибрана вами діяльність, яка допомагає краще відчувати мету та смисл вашого життя. Вона здійснюється у тій галузі, яку ми цінуємо більше за інші, тобто до якої відчуємо найглибшу повагу.

Я щиро сподіваюсь, що до цього етапу самовивчення ви вже знайшли ту частину вашого життєвого досвіду, яку ви цінуєте вище за інші. Прийміть її за відправну точку у пошуку вашої власної «щирої праці». Довіра до себе допоможе зробити правильний вибір. «Справжня праця» – своєрідна ноша, яку ви вибрали з відкритим серцем, щоб через цю діяльність поєднатись із потоком життя...

Ветерани можуть багато чого навчити людство. Той, хто знайде свою справжню справу у боротьбі проти «не-миру» і страху як у своїй душі, так і на всій планеті, відчує, що життя його сповнилось смислу.

### Завдання до розділу «Психологічна допомога учасникам бойових дій. Психологія тероризму» та додатка 6

*I. Оберіть правильну(-і) відповідь(-і) до наведених нижче питань.*

1. Прочитайте поданий далі уривок із групової сесії для терапії комбатантів, присвяченої визначенню та формулюванню проблеми.

*Терапевт:* Скажіть ще раз, що трапилось, коли сьогодні вранці медсестра дала вам таблетки.

*Учасник групи:* Вона образила мене. Вона шпурнула мені таблетки. Я кажу вам, ця жінка ненавидить мене.

*T.:* Тобто ви кажете мені, що медсестра сказала вам, що ненавидить вас?

*У.:* Ні, вона цього не казала. Цього не було. Проте того, як вона шпурнула мені склянку, достатньо. Це мене дратує. Вона і собаку не вилікує у такий спосіб! Це виводить мене!

*T.:* Опишіть обстановку на пункті медсестер сьогодні вранці.

*У.:* Гарзд. Вона була робоча, як завжди. Думаю, було більше людей, ніж зазвичай. І тільки ця неприємна медсестра була на чергуванні.

*T.:* Опишіть мені точно, що відбулось, коли ви отримували свої ліки. Як ми і домовлялись раніше, дайте мені короткий, чіткий та влучний опис самої події, не вдаючись до інтерпретацій.



У.: Після того, як я чекав близько двадцяти хвилин, я, нарешті, опинився перед місцем видачі. Вона дала мені таблетки і наказала швидко їх взяти.

Т.: Вона наказала вам? Що саме вона сказала?

У.: Ковтай швидко, ми сьогодні зайняті (сміється).

Який симптом або форму виявлення ПТСР ілюструє даний епізод?

- а) Агресивність та напади люті;
- б) порушення пам'яті та концентрації уваги;
- в) притупленість емоцій;
- г) надмірна пильність.

2. Головний психіатр Ставропольського краю І. О. Білім вважає: «Тероризм із використанням смертників-шахідів не в останню чергу спровокований порочною практикою захоплення жінок-заручниць під приводом того, що вони будуть снайперами та учасницями бойових дій, а також жорстоким поводженням із ними. Традиції Кавказу такі, що жінка, яка була в чужих руках, навіть якщо це супроти її волі, не має майбутнього. І її самогубство сприймається оточенням як обов'язкове... Так з'являються жінки-смертниця, яким нічого втрачати» (Білім, 2005). Який мотив заняття терористичною діяльністю описує фахівець?

- а) Меркантильний;
- б) самореалізація;
- в) ідеологічний;
- г) немає правильної відповіді.

3. У книзі «Стрес війни: фронтові записки лікаря-психолога» Л. О. Китаєв-Смик описує комбатантів, яких він називає «дурненькими». Ці солдати постійно жартують, часто їх жарти мають еротичне або нецензурне наповнення. Вони жартують про своє, не заглиблюючись у зміст питань, які перед ними ставлять, уникаючи важких тем про теперішнє та майбутнє. Недоречно жартівливість таких людей не веселить, а дратує оточуючих (Китаєв-Смик, 2001). Який механізм психологічного захисту, на вашу думку, притаманний даному типу комбатантів?

- а) Проекція;
- б) реактивна інфантилізація;
- в) сублімація;
- г) ідентифікація.

4. Психологічне явище, що описує ситуацію, коли через різні причини ветерани війни зустрічають нерозуміння, осуд, складнощі у спілкуванні та професійному самовизначенні, із проблемами у сфері фінансів, освіти, створення та збереження родини тощо, називається:

- а) девіантна поведінка;
- б) тривожність;
- в) соціальна дезадаптація;
- г) порушення комунікативної компетентності.

5. З якою метою Б. Колодзін звертається до феномену Джона Узіна (безстрашної людини-супермена)?

- а) Для демонстрації: для людини з її безмежним потенціалом немає нічого неможливого;
- б) для опису зразка носія особливої ієрархії мотивів: боротьба за справедливість для Дж. Узіна важливіша за власне життя;
- в) для надання культурного зразка, що впливає на гендерні стереотипи: коли чоловіку страшно, він змушений приховувати свій страх;
- г) з метою представлення ефективної афірмації, яка допомагає людині не відчувати страху.

6. У своїй статті, присвяченій етіології постстресових розладів, спричинених досвідом участі у війні у В'єтнамі, Джим Гудвін наводить свідчення Н., який розповідає про проблеми у зв'язку з поверненням до мирного життя: «Коли я іду вулицею, я відчуваюсь невпевнено, якщо позаду є люди, яких я не бачу. Найкомфортніше мені у куті кімнати, коли з обох боків від мене – стіни» (Goodwin, 1987). Яка форма виявлення ПТСР описується Н.?

- а) Соціальна дезадаптація;
- б) депресія;
- в) надмірне реагування;
- г) надмірна пильність.

*II. Виконайте дію співвіднесення.*

1. Індивідуальні характеристики, що визначають важкість перебігу ПТСР;	а) раптовість виникнення загрози безпеці, невизначеність ситуації та накопичення тривоги;
2. Причини виникнення паніки;	б) вплив стресора, який виходить за межі звичайного досвіду людини та який спроможний спричинити дистрес;

**ЧАСТИНА III**  
**КРИЗИ, ВИКЛИКАНІ ЗОВНІШНІМИ ЧИННИКАМИ**

3. Клінічна картина ПТСР;	в) психічні відхилення, рівень розвитку психологічного подолання, ефективність психологічних захистів;
4. Умова розвитку ПТСР.	г) комбінація психопатоподібних (асоціальних, експлозивних, істеричних) розладів поведінки, ускладнених алкоголізацією або вживанням наркотиків та важкою неврозоподібною симптоматикою.

*III. Доповніть твердження.*

1. Кожного разу, коли ми відчуваємо наближення загрози або бої-мось чогось, в організмі відбувається ланцюг біологічних та хімічних змін: прискорюється серцебиття та дихання, підвищується рівень напружності м'язів, змінюється склад крові та інших рідких середовища тіла. Даний феномен отримав назву реакції ...

2. Психологічні наслідки екстремальних впливів в умовах бойових дій проявляються у вигляді ..., який призводить до серйозних укладень адаптації людини до мінливого соціального середовища.

3. ... – це психологічний стан, що виникає в умові захоплення заручників, коли останні починають симпатизувати і навіть співчувати загарбникам та ототожнювати себе з ними.

*IV. Поставте напроти твердження «П», якщо вважаєте його правильним та психологічно обґрунтованим, або «Н», якщо – ні.*

1. У крові комбатантів, як правило, міститься підвищений рівень серотоніну та норадреналіну.

2. Страх наблизитись до вікна, прагнення ходити «короткими перебіжками», намагання не привернути увагу терористів тощо у надзвичайній ситуації зображують психологічний феномен ситуаційних фобій.

3. Проблеми гендерної самоідентифікації є одним із симптомів та проявів ПТСР у комбатантів.

4. Нейротизм – одна з особистісних рис, яка сприяє розвитку ПТСР. Деякі фахівці вважають, що нейротизм діє як фільтр, змушуючи вибирати негативні події з навколишнього середовища.

5. Паніку можна розглядати тільки як одну з форм поведінки на товпу. На індивідуальному рівні паніка як предмет дослідження не виділяється.

**Розділ 6. Психологічна допомога учасникам бойових дій.**  
**Психологія тероризму**

І. Д. Денборо, автор Опитувальника соціального та психологічного опору (Уайт, 2009) і нарративний практик та терапевт, пропонує використовувати перелік створених ним питань як нестандартизований засіб для діагностики ПТСР у ситуації бойових дій. Наряду з цим, Денборо рекомендує додержуватись певних принципів задля ефективної допомоги респондентам. *Прочитайте наведений нижче перелік принципів; психологічно обґрунтовані та правильні, тобто ті, що, на вашу думку, належать Д. Денборо, позначте літерою «П», неправильні – літерою «Н».*

1. Збирати історії про те, як люди виявляли соціальний та психологічний опір (відповіді на запитання «що», «де», «коли», «яким чином», «заради чого»).

2. Для підтримання спадкоємності життєвої історії людини як суб'єкта власного життя відсікати історію виникнення та розвитку цих знань та умінь.

3. Уникати деталей історії, адже насичені історії з меншою вірогідністю допоможуть іншим.

4. Намагатись ізолювати спільноти людей з різною історією травми, адже їх спілкування може підсилити травматизацію.

**Бібліографічний список**

1. Агарков В. А. Изучение особенностей фрустрационных реакций и механизмов психической защиты у лиц, переживших психическую травму / В. А. Агарков, С. А. Бронфман, А. И. Оржеховская // *Вопр. психологии экстремальных ситуаций.* – 2009. – № 4. – С. 17–37.

2. Александрова А. Л. Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф [Электронный ресурс] / А. Л. Александрова. – Режим доступа: <http://www.institut.smysl.ru/article/ar-alexandrova.php>. – Загол. с экрана.

3. Александровский Ю. А. Психоневрологические расстройства при аварии на Чернобыльской АЭС / Ю. А. Александровский // *Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской АЭС.* – К. : Здоровье, 1988. – С. 171–177.

4. Былим И. А. Личность террориста (на примере Северного Кавказа) [Электронный ресурс] / И. А. Былим. – Режим доступа: <http://www.pro-psy.ru/ru/publications/index?group=48&publication=63>. – Загол. с экрана.

5. Варга А. Я. Время после трагедии / А. Я. Варга, Е. С. Жорняк // Москов. психотерапевтич. журн. – 2005. – № 1. – С. 124–139.
6. Васильев Л. Психология терроризма [Электронный ресурс] / Л. Васильев. – Режим доступа: <http://terroristica.info/node/899>. – Загол. с экрана.
7. Введенская Т. Ю. Международный терроризм: психологический аспект [Электронный ресурс] / Т. Ю. Введенская, Е. А. Дзигумская. – Режим доступа: <http://psyfactor.org/terror2.htm>. – Загол. с экрана.
8. Венгер А. Л. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова, В. А. Морозов // Москов. психотерапевтич. журн. – 2006. – № 1. – С. 131–159.
9. Денборо Д. Опросник психологического и социального сопротивления [Электронный ресурс] / Дэвид Денборо. – Режим доступа: <http://narrlibrus.wordpress.com/2009/03/02/checklists-of-resistance>. – Загол. с экрана.
10. Джармен Р. Консультирование людей в дистрессе: психосоциальная реабилитация пострадавших от травматических переживаний в результате войны [Электронный ресурс] / Р. Джармен. – Режим доступа: [http://psychol.ras.ru/iprrp\\_pfr/j3p/pap.php?id=20011211](http://psychol.ras.ru/iprrp_pfr/j3p/pap.php?id=20011211). – Загол. с экрана.
11. Ениклопов С. Н. Психотерапия при психотравматических стрессовых расстройствах / С. Н. Ениклопов // Росс. психиатрич. журн. – 1998. – № 3. – С. 50–56.
12. Знаков В. В. Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении / В. В. Знаков // Психол. журн. – 1990. – Т. 4. – С. 99–108.
13. Иванченко С. Н. Круглый стол: к событиям на Дубровке. Соматическая терапия травмы при работе с пострадавшими в чрезвычайных ситуациях [Электронный ресурс] / С. Н. Иванченко. – Режим доступа: [http://flogiston.ru/articles/therapy/nord\\_ost](http://flogiston.ru/articles/therapy/nord_ost). – Загол. с экрана.
14. Кара-Мурза С. Манипуляции сознанием / С. Кара-Мурза. – М. : Эксмо, 2009. – 864 с.
15. Караяни А. Г. Прикладная военная психология / А. Г. Караяни, И. В. Сыромятников. – СПб. : Питер, 2006. – 480 с.
16. Китаев-Смык Л. А. Стресс войны: фронтовые записки врача-психолога / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Рос. ин-т культурологии, 2001. – 79 с.
17. Колодзин Б. Как жить после психической травмы / Бенджамин Колодзин. – М. : Шанс, 1991. – 96 с.

18. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / Ц. П. Короленко. – Л., 1978. – 271 с.
19. Корюкин А. М. Личный опыт в Бесланской трагедии – лечебная перспектива [Электронный ресурс] / А. М. Корюкин. – Режим доступа: <http://www.pro-psy.ru/publications/index?group=46&publication=64>. – Загол. с экрана.
20. Кутузова Д. А. Психологическая травма и посттравматический стресс [Электронный ресурс] / Д. А. Кутузова. – Режим доступа: <http://www.publicverdict.org/ru/articles/rehabilitatio/1170807.html>. – Загол. с экрана.
21. Кутузова Д. Психологическая реабилитация людей, переживших пытки / Дарья Кутузова // Информ.-аналит. бюлл. фонда «Общественный вердикт». – 2008. – № 1 (5). – С. 10–13.
22. Лукабо Р. Терроризм – психологические и политические аспекты / Р. Лукабо, Э. Фукуа, Дж. П. Кенджеми, К. Ковальски // Иностранная психология. – 1998. – № 10. – С. 108–115.
23. Масгутова С. К. Психологическая реабилитация детей, переживших железнодорожную катастрофу / С. К. Масгутова // Вопр. психологии. – 1990. – № 1. – С. 86–92.
24. Моляко В. А. Особенности проявления паники в условиях экологического бедствия / В. А. Моляко // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13. – № 2. – С. 66–73.
25. Морозова Е. И. Организация психологической помощи в чрезвычайных ситуациях / Е. И. Морозова, А. Л. Венгер // Вопр. психич. здоровья детей и подростков. – 2003. – № 2 (3). – С. 60–62.
26. О'Конор Ш. После насилия: борьба фантазии и реальности [Электронный ресурс] / Ш. О'Конор // Журн. практич. психологии и психоанализа. – 2000. – № 2. – Режим доступа: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20000211>. – Загол. с экрана.
27. Ольшанский Д. В. Психология терроризма / Д. В. Ольшанский. – СПб. : Питер, 2002. – 288 с.
28. Пергаменщик Л. А. Кризисная психология: Курс лекций / Л. А. Пергаменщик. – Минск : Вышэйшая школа, 2004. – 240 с.
29. Пономаренко В. А. Социально-психологическое содержание боевого стресса / В. А. Пономаренко // Психол. журнал. – 2004. – Т. 25. – № 3. – С. 98–102.
30. Почебут Л. Г. Социальная психология толпы / Л. Г. Почебут. – СПб : Речь, 2004. – 240 с.

31. Проблемы военной психологии. Хрестоматия / Сост. К. Сельченко. – М. : Харвест, 2003. – 640 с.
32. Природа этнорелигиозного терроризма / Под ред. Ю. М. Антоныяна. – М. : Аспект Пресс, 2008. – 366 с.
33. Психология экстремальных ситуаций. Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. – М. : Харвест, 2001. – 480 с.
34. Пухова Т. И. Образ радиации в рисунках школьников, проживающих на загрязненных территориях / Пухова Т. И. // *Вопр. психологии.* – 1993. – № 1. – С. 40–46.
35. Пушкарев А. Л. Диагностика ПТСР у участников боевых действий / А. Л. Пушкарев. – Минск, 1991. – 68 с.
36. Решетников М. М. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия / М. М. Решетников, Ю. А. Баранов, А. Мухин, С. В. Чермянин // *Психол. журнал.* – 1989. – Т. 10. – № 4. – С. 125–129.
37. Сидоров П. И. Психология катастроф / П. И. Сидоров, П. И. Мосягин, С. В. Маруляк. – М. : Аспект Пресс, 2008. – 416 с.
38. Слабинский В. Ю. Патоморфоз реактивных расстройств у пострадавших от катастроф / В. Ю. Слабинский // *Вестн. психотерапии.* – 2006. – № 15. – С. 79–92.
39. Слабинский В. Ю. Краткосрочная групповая психотерапия вдов и матерей военнослужащих, погибших в ходе контртеррористических операций в Чеченской республике / В. Ю. Слабинский, З. В. Лютик // *Обозр. психиатрии и мед. психологии / Санкт-Петербургский НИ психоневролог. ин-т им. В. М. Бехтерева.* – 2005. – Т. 03. – № 3. – С. 20–22.
40. Современная военная психология. Хрестоматия / Сост. А. Урбанович. – М. : Харвест, 2003. – 576 с.
41. Сукиасян С. Г. Особенности посттравматических стрессовых нарушений после землетрясения в Армении / С. Г. Сукиасян // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева.* – 1993. – № 1. – С. 61–70.
42. Сукиасян С. Г. Стресс и постстрессовые расстройства: личность и общество / С. Г. Сукиасян, А. С. Тадевосян, С. С. Чшмаритян, Н. Г. Манасян. – Ер. : Асогик, 2003. – 348 с.
43. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 240 с.
44. Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны [Электронный ресурс] / Н. В. Тарабрина // *Психолог. обозр.* – 1996. – № 10. –

Режим доступа: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1748>. – Загол. с экрана.

45. Филатов Ф. Р. Психологическая помощь специалистам, г. Беслан [Электронный ресурс] / Ф. Р. Филатов. – Режим доступа: <http://www.psy.su/institut/articles1/1863>. – Загол. с экрана.
46. Ценев В. Стокгольмский синдром [Электронный ресурс] / Вит Ценев. – Режим доступа: <http://psyberia.ru/mindterritory/sindrom>. – Загол. с экрана.
47. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Б. Фoa, Т. М. Кин, М. Дж. Фридман. – М. : Когито-Центр, 2005. – 467 с.
48. Goodwin J. The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders / J. Goodwin // *Post-Traumatic Stress Disorders: a handbook for clinicians* / T. Williams. (Ed.). – Cincinnati, Ohio: Disabled American Veterans, 1987. – P. 1–18.

### Ресурси мережі Інтернет

1. Забытый полк [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.polk.ru>. – Загол. с экрана.
2. American National Center for Posttraumatic Stress Disorders [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/index.jsp>. – Загол. с экрана.
3. American Trauma Society [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.amtrauma.org>. – Загол. с экрана.
4. David Baldwin's Trauma Information Pages [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.trauma-pages.com>. – Загол. с экрана.
5. Gift from Within: International Non-Profit Organization for Survivors of Trauma and Victimization [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.giftfromwithin.org>. – Загол. с экрана.
6. Kids for Kids: Youth Organization for the Recovery of Young Victims of Terrorism [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://kidsforkids.net>. – Загол. с экрана.
7. The International Trauma Healing Institute [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.traumainstitute.org>. – Загол. с экрана.
8. The Israel Center for the Treatment of Psychotrauma [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.traumaweb.org>. – Загол. с экрана.
9. Trauma Center at Justice Resource Institute [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.traumacenter.org>. – Загол. с экрана.

## Розділ 7. ТЕРМІНАЛЬНІ СТАНИ ТА ВМИРАННЯ

*Поняття танатології та паліативної медицини. Зміна ставлення до смерті з розвитком суспільства. Динаміка термінальних переживань. Спільні закономірності в анамнезі хворих на онкологію. Психологічний профіль онкохворого. Варіанти психологічної допомоги хворим на рак. Специфіка роботи з онкохворими дітьми. Підтримка родини.*

За свідченнями невиліковно хворих, у період термінальної хвороби вони переживають жорстоку кризу – духовну. Більше того, термінальний період стає етапом найбільш гострої напруги не тільки для самої хворої людини, а й для її близьких та рідних, і багато у їх подальшому розвитку залежить від якості проживання цієї ділянки життєвого шляху.

Предметом обговорення в межах даної теми стануть, по-перше, психологічна специфіка термінальних станів, яку буде розкрито на прикладі онкологічних хвороб – мабуть, найнеоднозначніших серед усіх психосоматичних захворювань, а по-друге, особливості переживання смерті та можливі несприятливі варіанти травматичної фіксації у зв'язку з ним. Завершено тему буде наданням рекомендацій стосовно того, яким чином, враховуючи динаміку процесу горювання, забезпечити правильне, якщо так можна виразитись, проживання втрати.

Окреслимо одразу декілька пов'язаних із темою понять. *Танатологія* (від грецьких коренів *thanatos* – смерть та *logos* – учіння) являє собою розділ теоретичної та практичної медицини, що вивчає стан організму на кінцевій стадії патологічного процесу, динаміку та механізми вмирання, безпосередні причини смерті. *Паліативна медицина* займається вивченням правил допомоги хворому у процесі вмирання. Фактично у паліативній медицині розробляється модель умирання, смерті. Для цього найважливішим є взяти під контроль суб'єктивні симптоми хвороби, в першу чергу, больовий синдром, та створити певну якість життя. Одним із принципів паліативної медицини є ставлення до смерті не із звично негативних позицій, але як до природного процесу, програма якого закладається у момент народження (Орлова, 2009).

Щоб запобігти плутанині у термінах, визначимо ще й відоме поняття *танатотерапії*, яке у вітчизняній традиції поєднують з ім'ям В. Ю. Баскакова (Баскаков, 2007). Під танатотерапією розуміють на-

прямок тілесно-орієнтованої терапії, що має за мету через тотальне розслаблення відновлення контактів із процесами смерті та вмирання. Послідовники напрямку вважають, що запропоновані ними заходи допоможуть пробудити цілющі сили організму, які коректують та відновлюють його енергетичний баланс та виступають основою вирішення всіх психологічних проблем людини. Танатотерапія може використовуватись як метод роботи з умираючими та їхніми рідними, але пов'язана із предметом даної лекції лише опосередковано.

На цей момент питання щодо психології хворих, які переживають термінальну стадію хвороби (тобто хворих із неминучим летальним закінченням хвороби) лишається практично відкритим. Окрім окремих винятків, частіше у зарубіжній практиці, спеціальних досліджень у цьому напрямку не проводиться. Одна з причин цього явища – у нашому глибокому *страху смерті* та *вмирання*. У релігійних людей, у яких процес умирання проходить за цілком специфічною лінією та сповнений особливих смислів, зумовлених релігійною специфікою, смерть сприймається зовсім інакше (Грановская, 2004; Ялом, 2007).

На думку дослідників, в основі еволюції нашого ставлення до смерті лежить еволюція внутрішнього світу індивіда у його ставленні до природи та до іншого (Леонтьев, 2004). Для ранніх етапів людської історії (враховуючи ранне середньовіччя) ставлення людини до смерті можна визначити як «приручену смерть». У стародавніх сказаннях та середньовічних романах (наприклад, «Пісня про Роланда») смерть є природним завершенням життєвого процесу. Людина, як правило, попереджена про близький кінець за допомогою знаків (знамень) або у результаті внутрішньої переконаності: вона чекає на смерть, готується до неї. Очікування смерті перетворюється на організовану церемонію, причому її організує сам умираючий: кличе близьких і рідних, друзів, дітей. Пізніше, із розвитком цивілізації, дітей починають всіма способами захищати від пов'язаного зі смертю. Смерть отримує назву «прирученої» не стосовно стародавніх язичеських уявлень, де вона б виступала «дикою» та ворожою, але стосовно уявлень саме сучасної людини. Ще одна риса «прирученої» смерті – чітка відокремленість світу мертвих від світу живих, про що свідчать факти винесення місць захоронення за межі середньовічного міста.

У пізньому середньовіччі картина дещо змінюється. І хоч і в цей час домінує природне ставлення до смерті (смерть як одна з форм взаємодії з природою), акценти дещо зміщуються. Перед обличчям смерті кожна людина відкриває для себе секрет власної індивідуальності. Цей

зв'язок, відкритий ще епікурейцями, потім на тривалий час зник із системи колективних уявлень. У свідомості людини пізнього середньовіччя він посідає стійке місце: якщо у ранньому середньовіччі людина просто корилась ідеї «всі смертні», то, починаючи з XIV–XV століть, вона усвідомлює себе перед обличчям смерті, відкриває «смерть свого Я».

Надалі цей мотив ще більше драматизується і екзальтується. Смерть сприймають як розрив, як акт, що вириває людину з повсякденного життя, монотонності раціонального світу, кидає її у світ ірраціональний та таємничий. У свідомість людини XVII–XVIII століть входить поняття «смерть іншого».

На початку XX століття настає революція у ставленні до смерті. Її витоки – у певному настрої, що сформувався в середині XIX століття: оточуючі щадять хворого, приховують від нього важкість його стану. Проте з часом прагнення захистити останні миті, надані людині у цьому світі, від марних страждань набуває іншого забарвлення: захистити від емоційного шоку не стільки самого вмираючого, скільки його близьких. Так поступово смерть стає ганебним, запереченим предметом. Ця тенденція підсилюється із середини XX століття, що пов'язано зі зміною місця захоронення. Тепер людина йде із життя, як правило, не у себе вдома, серед рідних, а у лікарні, і зустрічає смерть наодинці. Знову змінюється «головна дійова особа» драми: якщо у XVII–XVIII століттях ініціатива належала самому вмираючому та його родині, то тепер «хазяїном» смерті стає лікар, команда лікарні. Смерть знеособлюється, стає банальною. Обряди, головним чином, зберігаються, проте позбавляються драматизму, адже надмірне вираження горя викликає не співчуття, а докір за погане виховання, за ознаки слабкості (Арьес, 1992; Холмогорова, 2003).

Накопичений психологією та суміжними науками досвід дозволяє сформулювати принципи грамотної поведінки професіонала, який працює із людьми на термінальній стадії хвороби. По-перше, слід знати *етапи динаміки термінальних переживань*, які виокремлюються спеціалістами:

1. Заперечення важкості свого стану.
2. Реакція бурхливого протесту.
3. Захисна фаза: спроби до включення внутрішньої заборони на біль та виявлення симптомів хвороби.
4. Етап депресії: хворий усвідомлює, що його стан погіршується і що все менше сподівань залишається на зцілення.

5. Примирення зі своїм станом, особистісна інтеграція (Титаренко, 2003).

Наданням підтримки особам, які перебувають на термінальній стадії хвороби, й опікується паліативна медицина. Дана філософія допомоги була розроблена у процесі лікування хворих, які вмирають в умовах стаціонару. Пізніше вона зумовила виникнення та втілення в життя ідеї хоспісів, і тепер паліативну допомогу надають усім особам, недужим на хвороби, що загрожують життю (Палліативная помощь при СПИДе, 2001).

Однією з проблем, які вирішують спеціалісти в роботі з термінально хворими пацієнтами, є підготовка їх до смерті. Існує стереотип, що розмови про смерть завжди недоречні, і що її згадування може якимось чином її наблизити. Проте для людини, яку це питання турбує, відверта розмова стане знаком того, що вона почута, не полишена на самоті. На самому початку розгортання термінальних переживань людині легше виразити свої страхи та побоювання саме у розмові зі спеціалістом, а не з рідними та близькими. Коло питань, які варто обговорити, включає також опіку над дітьми, оформлення заповіту, витрати на похорон тощо. Консультант може порадити рідним хворого розповідати йому історії з їх спільного минулого, які доведуть, що він назавжди залишиться в їх пам'яті, та будуть свідченням любові та турботи (Гнездилов, 2007).

На даний момент у психологічній практиці існують напрацювання у наданні терапевтичної допомоги хворим на онкологію – тобто хворобу, яка має значний відсоток смертності – із сподіванням на потенційне одужання (Петрова, 2004; Шутценбергер, 1990 та ін.). Принциповим є розуміння раку як психосоматозу, а тому врахування у психотерапії його етіології, відшукування тієї функції, яку виконує хвороба на потребу особистості, намагання вдовольнити її в інший спосіб.

Отже, пацієнт сприймає захворювання як загрозу всій своїй сутності. Рак не є хворобою, яка зустрічається щодня, як, скажімо, інфаркт міокарда або інсульт, хоч останні не менш небезпечні. Онкологічна хвороба означає більше, ніж «просто» хвороба: це щось невиліковне, це «послання смерті». Тема онкології табуована, про неї не поговорити з іншими. Навіть лікарі нерідко не називають речі своїми іменами, приховуючи від пацієнта динаміку хвороби. У результаті людина залишається на самоті; вона боїться не тільки болів, а й згасання і ранньої смерті, фізичних дефектів (наприклад, видалення частини тіла або органа, облісіння через хіміотерапію), а також соціальної ізоляції внаслідок тривалого перебування у лікарні, тривоги близьких, що призво-

дить до обмеження контактів. У суспільстві, де роль діяльності особливо зауважується, втрата фізичних сил та працездатності переживається вкрай важко (Yalom, 2009).

Дослідники психологічного аспекту онкологічних хвороб змогли виокремити дещо спільне в анамнезі хворих.

1. Юність пацієнтів була відмічена почуттям самотності, відчаю. Надмірна близькість з іншими спричиняла труднощі і бачилась небезпечною.

2. У ранній період зрілості пацієнти або встановили глибокі, дуже значущі стосунки з якоюсь людиною, або отримували величезне задоволення від професійної сфери життя. У цю роль вони вкладали всю свою енергію, вона стала смислом їх існування, навколо будувалось усе їхнє життя.

3. Потім ці стосунки або ця роль зникали. Причини могли бути найрізноманітніші: смерть близької людини, переїзд на нове місце проживання, вихід на пенсію, початок самостійного життя дитини тощо. Як наслідок – знову приходиться відчай, нібито нещодавня подія болісно зачепила рану, яка не загоїлась у молодості.

4. Специфічна особливість цих хворих у тому, що їх відчай не знаходив виходу, переживався «у собі». Вони не були спроможні вилити біль, гнів або ворожість на інших<sup>10</sup>.

Особливо часто у ракових хворих спостерігаються рання втрата важливих осіб із близького оточення, неспроможність відкрито виражати свої почуття, надмірне злиття (симбіоз) з кимось із батьків, сексуальні порушення (дефіцитарна сексуальність), тривалий стан безнадії та відчаю (Володін, 2008).

Таким хворим притаманне встановлення стосунків, що виконують роль захисної реакції ідентифікації, коли людина обирає фігуру «особистого спасителя». Наочно це часто можна спостерігати у стосунках хворих із лікарями (зокрема психотерапевтами). Оскільки лікар – найближчий кандидат на роль спасителя, стосунки з ним стають психологічно навантаженими і складними. Трапляється, що лікар із задоволенням починає грати запропоновану йому роль, посилюючи свою віру у власну винятковість. У результаті лікар сприймається могутнішим, ніж

<sup>10</sup>Зібрано факти, згідно з якими хворі на рак молочної залози живуть більш тривале життя, якщо можуть виявляти свої агресивні тенденції взагалі або стосовно лікарів, які їх лікують (The Principles of Practice of Medicine, 1996).

у реальності, а ставлення пацієнта до нього відмічене ірраціональною слухняністю. Як свідчать фахівці, нерідко пацієнти, які страждають на невиліковну хворобу, дуже бояться розсердити або розчарувати лікаря, вони вибачаються перед ним за те, що займають його час, і настільки хвилюються у його присутності, що забувають поставити підготовлені раніше запитання (Ялом, 2007).

Існування заради іншої людини – спроба злитися із нею – сприймається як джерело життєвого смислу. Іншою домінантною особою може бути чоловік або дружина, мати або батько, коханець, терапевт, бізнес або соціальний інститут. Але побудована ідеологія «виняткового іншого» може зруйнуватись у будь-який момент, адже інший може померти, кинути, відмовити у любові та розумінні, виявитись ненадійним для виконання покладеної місії. Якщо спроби пошуку нових стосунків виявляться невдалими, пацієнт лишається без подальших ресурсів, відчуваючи безсилля та дорікаючи собі. Перегляд ідеології не припускається; багато пацієнтів замість того, щоб поставити під сумнів базові переконання, доходять висновку: вони настільки незначні та погані, що не заслуговують на любов та захист з боку спасителя (Гнездилов, 2007).

Отже, часто рак свідчить, що десь у житті людини існують невіршені проблеми, які підсилювались або ускладнились через серію стресових ситуацій («психологічних канцерогенів»), які відбулись у період від півроку до півтора року до виникнення раку. Типова реакція онкологічного хворого на ці проблеми та стреси полягає у відчутті власної безпорадності та відмові від боротьби. Ця емоційна реакція спричиняє придушення природних захисних механізмів – фізіологічних процесів, які не стримують виникнення та розвиток пухлини. У цьому контексті можна згадати та розглянути, дещо спрощено, фізіологію раку. Відомо, що ділення та розмноження клітин забезпечують їх поновлення та постійний розвиток організму. Це – нормальний фізіологічний процес, поки клітин не утворюється більше, ніж потрібно. Процес перетворюється на патологічний, коли певна група клітин починає безконтрольно розмножуватись, проникає у сусідні тканини та руйнує їх. Самі по собі ракові клітини не виконують жодної функції. Ще раз зауважимо: клітини «самі» починають розмножуватись. Звідки, до речі, метафоричне уявлення про рак: ця хвороба – спроможність їсти самого себе, спроможність боротись або здаватись (Старшенбаум, 2005).

До психологічного профілю онкологічного хворого можна внести ще декілька рис. Було з'ясовано, що у багатьох пацієнтів спостерігаються такі характеристики, як переважно дитяча позиція у комуніка-

ції, тенденція до екстерналізації, завищені морально-етичні вимоги до себе (а також риси так званої ананкастної особистості), високий поріг сприйняття у негативних ситуаціях; у родині часто є домінуюча мати (Володін, 2008).

Зазначене вище пояснює, чому так важливо для психотерапевта враховувати індивідуальну систему родинних стосунків хворого на рак. Питання, яке варто поставити перед собою, можна сформулювати так: яке значення має страждання для хворого та членів його родини, які сили задіяні як до, так і під час хвороби, у випадку можливої смерті пацієнта? У разі розуміння цих сил їх використання може стати потужним ресурсом росту особистості. Тому інколи кажуть про спостереження не тільки за самим хворим, а й за «пацієнтом-родиною». Сімейні концепції за типом «що з того?» або «все одно це не має значення», «варто приймати все так, як є» малюють майбутнє як закрите й безнадійне. Часто завдяки їм дорослі люди не сприймають або ігнорують свої потреби, їм важко виразити власні почуття, нерідко вони мають проблеми у сексуальній сфері. У них немає навичок послідовного подолання емоційних проблем та вивільнення повсякденного роздратування: проблеми нібито «в'їдаються» в них.

У випадку хвороби вони взагалі лишуються наодинці із важкими переживаннями: у вітчизняній традиції, наприклад, існує тенденція до надмірного інформування рідних та недостатнього – хворого. Через це з'являється небезпека, що рідні завершать психологічну переробку скорботи вже до смерті хворого, і він залишиться в ізоляції. Хоча, звичайно, що і в якому обсязі повинен говорити лікар пацієнту – питання складне і повинне вирішуватись індивідуально у кожному випадку, з урахуванням того, що за законом хворий може отримати вичерпну інформацію стосовно своєї хвороби.

**Варіанти психологічної (психотерапевтичної) допомоги хворим на рак.** Вимагаючи від онкологічного хворого, щоб він, незважаючи на власний страх та всупереч негативним настановам оточуючих, намагався змінити свої уявлення стосовно хвороби, повірити, що зможе одужати і вести активне і сповнене смислу життя (а саме такий крок слід зробити на шляху до зцілення), терапевт вимагає від нього величезної мужності та сили. У виконанні цього нелегкого завдання потрібно протиставити усталену негативну систему настанов стосовно онкологічної хвороби новій системі позитивних уявлень – саме на це завдання спрямовані вправи когнітивної психотерапії. Таблиця 3 подає варіант роботи у зазначеному ключі.

Варіант роботи із негативними настановами стосовно раку  
(за Саймонтон та ін., 1995)

Негативне твердження	Варіант переформулювання
1. Рак – це смертельна хвороба.	1. Рак не обов'язково смертельний.
2. Рак нападає ззовні, і боротися з ним неможливо.	2. Власні ресурси організму можуть боротися із раком, чим би він не був спричинений.
3. Будь-яке лікування неефективне та болісне, часто виникають побічні ефекти.	3. Лікування може бути союзником внутрішніх сил організму.

Виокремлюються декілька основних напрямків роботи із хворими на онкологію – це техніки когнітивної та позитивної терапії, складання геносоціограми та звернення до психодрами. Загалом, робота може включати такі блоки (бажано у зазначеній послідовності).

1. *Аналіз життєвих подій та стресів.* Рак є поліетіологічним захворюванням. Однією з причин, які викликають рак, є переживання з приводу важких життєвих подій. Це саме та мішень, куди може спрямувати свої зусилля людина.

Як правило, люди розуміють, що важкі події позбавляють їх сил та послаблюють імунну систему, що спричиняє хвороби. Як тільки людина відчує, що може керувати рівнем стресу через подолання позиції «безпорадності та безнадії», яка руйнує її організм, вона отримує шанс на зцілення.

Терапевт може розпитати клієнта про події, які відбулись у його житті за 6–18 місяців до захворювання (з цією метою часто використовується Шкала стресостійкості Холмса та Рааге). Відомо, що деякі види раку проявляються через роки після травматичної події, проте інколи захворювання може виявитись раптово (Гнездилов, 2007). У будь-якому випадку такі запитання не здаються клієнту безглуздими.

Зазвичай у відповідь на поставлене питання клієнт сам пригадує важкі події, що відбулись за останній рік: смерть дитини, фінансові проблеми, професійні невдачі, втрата або розлука із коханим тощо. Людина пригадує, наскільки це вплинуло на неї, як привело до пригніченого стану. На цьому етапі вона визнає їх зв'язок із раком та іншими своїми захворюваннями. Усвідомлення цього зв'язку – важливий крок для керування своїми почуттями та реакціями. Навички роботи із придушеними та неусвідомленими емоціями допомагає виробити психотерапія з елементами психодрами. Інколи, до речі, людина доходить висно-



вку, що обставини її життя настільки болісні та нестерпні, що варто обрати підкорення та непротивлення; роль психотерапевта в цьому випадку зводиться до прояснення та підтримки авторства життєвого вибору.

2. *Боротьба зі стресом, техніки релаксації.* Мета даного етапу роботи – надати клієнту все необхідне для боротьби зі стресом, який зробив його життя нестерпно важким. Людина повинна навчитись викликати у собі стан душевної рівноваги, фізичного комфорту та спокою.

Достатньо кількох простих вправ на розслаблення, коротких (не більше 10–15 хвилин), легких для виконання, доступних у будь-якому місці та будь-коли. Спеціалісти радять займатись 3–5 разів на день, наприклад, після прокинення, між сніданком та обідом, після обіду, ввечері та перед сном – щодня. Корисно виконувати вправи всією родиною, адже душевна рівновага потрібна всім. Простий спосіб, легкий для оволодіння, це вправа із методу Якобсона: напруга, а потім розслаблення одного м'яза за іншим із концентрацією на диханні – будь-яка людина легко оволодіє ним та зможе використовувати самостійно.

3. *Візуалізація процесів у організмі.* Після розслаблення, яке займає 8–11 хвилин, людину просять створити образ процесів, що відбуваються у її організмі (роботи лейкоцитів та імунної системи), та ходу лікування. Спочатку слід уявити себе та своє тіло, потім – як еритроцити розносять поживні речовини, лейкоцити спостерігають за станом здоров'я та захищають від незваних прибульців – мікробів, вірусів, злоякісних та ракових клітин. Цей процес можна уявити дуже реалістично, можна підсилити створений образ малюнками або карикатурами (наприклад, зобразити клітини-захисники у вигляді водопаду, який змиває бруд на своєму шляху).

Наступний крок – побудування мисленнєвого образу лікування, тобто операції, хіміотерапії або іншої процедури. Клієнт детально уявляє собі сприятливий результат лікування та бачить своє зцілення, а себе – здоровим та щасливим.

Створені образи аналізуються: якщо хвороба уявляється могутнішою за сили пацієнта, обговорюється тривожний стан хворого, страх смерті та подвійне ставлення до неї. Потім клієнту допомагають побачити іншу динаміку хвороби: лейкоцити стають здоровими, сильними, динамічними, агресивними, а злоякісні клітини – слабкими і зазнають поразки від лейкоцитів. Образи з лейкоцитами та імунною системою корисно створювати щотижня, важливо включати туди і те, як впливає лікування на хід хвороби.

Візуалізації та малюнки можна програвати у психодраматичних сценках, коли хворий поспілкується зі своїми лейкоцитами, попросить їх активніше воювати з раковими клітинами. Психодрама може допомогти у підготовці до різних варіантів розвитку подій: наприклад, багато людей бояться болі, втрати частини тіла, операцій і лікування, поширеним є страх, що під час операції всередині їхнього тіла залишать хірургічний інструмент. Постановка сюжету повинна бути дуже деталізованою, якомога реалістичнішою, із приділенням уваги всім деталям. Одну ситуацію ставлять із різними варіантами завершення (смерть, вдала операція, нещасний випадок тощо), клієнт сам вибирає сценарій, з якого хоче розпочати (Шутценбергер, 1990).

Інколи у процесі програвання епізоду майбутньої смерті клієнта з'ясується, що він справді прагне померти, адже йому набридло залишатись у лікарні, набридло хворіти. Інші причини – рак вирішував певну проблему, яку людина не знає або не хоче вирішувати в інший спосіб (скажімо, вона прагне помститись близьким або колегам по роботі). У сценці детально розігрують смерть, горе і похорон. Після того, як пацієнт «помирає», усвідомивши та визнавши свої страхи та побоювання, він часто вибирає інший варіант розвитку подій. Завдяки такому досвіду відкритого обговорення прихованих тривог, людина іде на операцію у спокійному стані, що, безумовно, допомагає хірургу та бригаді лікарів (Михайлова, 2009).

4. *Складання геносоціограми.* Як з'ясувалось, нерідко у родинах хворих на онкологію людей існує так званий «синдром річниці», тобто певна повторюваність ситуацій або труднощів. Скажімо, рак може розвиватись у той же період життя і в той же час, коли на нього хворів та помер інший рідний. Саме тому аналіз родинної історії, прихованих патернів та закономірностей корисний для одужання та прийняття на себе авторства власного життєвого шляху (Хелінгер, 2003).

Термін «геносоціограма» походить від слів «генеалогія» та «соціометрія» і означає класичне генеалогічне дерево, поповнене переліком важливих подій життя. На ньому показані усі народження (враховуючи викидні та мертвонароджених), шлюби, смерті та їх причини, серйозні хвороби, рівні освіти, професії, місця життя та переїзди протягом кількох поколінь. Крім того, реєструються соціометричні зв'язки, психологічні стосунки, взаємні образи та симпатії. Така карта «психологічних взаєморозрахунків» допомагає людині зрозуміти свій життєвий сценарій, зрозуміти родинні цінності та особливості, які успадковуються на-

віль без їх проговорення чи усвідомлення. Геносоціограму використовують як в індивідуальній, так і в груповій роботі.

Людину просять намалювати свою геносоціограму по пам'яті, а кінцеве з'ясування фактів зробити пізніше, якщо це необхідно. Невідомі деталі можуть виявитись не менш важливими, ніж відомі та популярні у родині. Протягом першого обговорення отриманої схеми роблять нотатки, щоб пізніше повернутись до них і знову обговорити. Часто людина сама із здивуванням помічає тенденцію, яку диктує «синдром річниць» через хвороби, розлуки або смерті, які трапляються із членами родини приблизно в одному віці. Таке розуміння допомагає клієнту відмовитись від нездорових та смертоносних виборів на користь віри у свої сили, оптимістичного погляду у майбутнє та психологічно здорового способу життя.

5. *Подолання почуття образи.* Подолати образу – не означає простити тих, хто образив, а тільки перестати плекати її, знову і знову розпалюючи себе. Численні дослідження у галузі психосоматики свідчать, що тривале зберігання у собі образи шкідливе для здоров'я. Набагато конструктивніше спрямувати свою енергію на щось позитивне, ніж ненавидіти тих, хто завдав болю, відчуваючи жалість до самого себе.

Так званий метод Саймонтона – один із найпростіших способів подолати образу. Він полягає у побажанні добра всім кривдникам. Це не завжди просто, і тут можуть знову допомогти психодраматичні сценки та групове обговорення.

6. *Фізичні вправи.* Для хворої на онкологію людини, яка вирішила стати на шлях зцілення та взяти керування своїм життям, дуже важливо регулярно виконувати фізичні вправи. Залежно від її стану, підійдуть будь-які вправи, а якщо фізичні навантаження заборонені, можна вдаватись до уявних прогулянок, пробіжок та запливів та виконувати найпростіші рухи, лежачи у ліжку. Контроль над тілом, здобутий у такий спосіб, підсилює відчуття загального контролю над собою та власним життям, дуже корисного для одужання.

7. *Очікування та отримання задоволень.* Коли людина хвора, життя не здається радісним через постійний фізичний біль та страх перед майбутнім, важке та неприємне лікування. І все ж щоденні радощі дуже важливі: очікування задоволення є задоволенням самим по собі, а щастя втамовує біль та сприяє зціленню.

По-перше, клієнту ставлять завдання скласти перелік тих речей або подій, які викликають у нього позитивні емоції – їх повинно бути приблизно 25 пунктів. Це можуть бути дешеві та навіть безкоштовні задо-

волення, а можуть – недосяжні та уявні. Деякі з них обов'язково повинні бути доступні людині вже зараз (дома або в лікарні), це, наприклад, такі: випити чашку кави, прогулятись парком, послухати улюблений музичний твір тощо. Інші задоволення можна буде реалізувати пізніше: піти до кінотеатру, відвідати давно не бачену подругу, завершити розпочатий у квартирі ремонт. Можна намітити плани на більш віддалене майбутнє: піти у похід або відвідати столицю Франції. Якщо людина чогось прагне, вона легше цього досягає, адже спрацьовує відомий механізм самопрограмування (Bandura, 1995; Madon, 1997). Переживання такого палкого і щирого прагнення допомагає їй одужати.

**Специфіка роботи з онкохворими дітьми.** Діти, які чекають на операцію, становлять особливу проблему в лікарнях. Вони бояться невідомого, часто їх залишають самих, без матерів. Інколи операцію відкладають, і вони чекають у коридорах – темних, довгих та вузьких, погано освітлених, що вже само по собі пригнічує маленького пацієнта. Дитині забороняють взяти із собою в операційну нестерильну улюблену іграшку, вона бачить тривогу та переживання на обличчях своїх батьків.

Досвід зарубіжних лікарень пропонує інший підхід до роботи з онкохворими дітьми (The Principles of Practice of Medicine, 1996). Дитині дозволяють взяти на першу консультацію улюблену іграшку, медсестра після тривалих репетицій та програвання своєї ролі ставить із дитиною спектакль. У ньому маленький пацієнт дізнається, що очікує на нього далі: разом із медсестрою він слухає серце ведмедика, «розуміє», що ведмедик хворий і йому потрібна операція. За допомогою стетоскопа дитина може прослухати серце і у медсестри; із старої хірургічної одяжки заготовлений комплект операційної білизни для дитини, яку можна приміряти і зіграти у ній роль лікаря. Для дітей були придбані іграшковий макет палат та операційних, у коридорах розвісили фотографії лікарів у лікарській та звичайній одяжці. Ці заходи допомагають подолати страх невідомого та незрозумілого, роблять перебування дитини у лікарні більш приємним.

Дитина «проводить операцію» ведмедику, потім ролі міняються, і медсестра «оперує» дитину. Після цього маленький пацієнт може «прооперувати» медсестру, у такий же спосіб дитина ознайомлюється з хіміо- або променевою терапією. Програвання всіх епізодів лікування, яке очікує на дитину, допомагає виразити тривоги та страхи перед майбутнім, у тому числі перед специфічними ситуаціями, скажі-

мо, через надання допомоги «хворому» ведмедіку підготуватись до втрати руки.

Адміністрація лікарень придбає однакових іграшкових ведмедиків: одного дитина отримає для того, щоб гратись у палаті, іншого, стерильного, – при вході в операційну. Підлога, стеля та стіни палат та операційних кімнат дитячих лікарень розписані зображеннями ведмедиків, котиків та інших звірят, які перенесли вдалу операцію. По дорозі в операційну, лежачи у каталці, дитина дивиться на стелю і бачить цікаві, заспокійливі сюжети.

Результати досліджень свідчать: підготовлені у такий спосіб діти краще та спокійніше сприймають наркоз, їм достатньо від 40 до 60 % звичайної дози анестезувального засобу.

Окреме питання стосовно дітей, хворих на онкологію, стосується повідомлення або приховування діагнозу від дитини та прогнозу подальшого розвитку хвороби. Часто батьки вибирають шлях приховування діагнозу, уникають відвертого обговорення з дитиною деталей її захворювання, намагаючись захистити від важких думок та неприємних переживань. Проте, як виявилось, діти, хворі на онкологію, особливо підлітки, вже на перших етапах лікування знають свій діагноз і страждають через те, що не можуть обговорити його з батьками або лікарями. У даному випадку тривога передається дитині внаслідок порушення емоційного клімату та взаєморозуміння між членами родини.

Тривала хвороба через психічну депривацію змінює не лише психічний стан, а й розвиток дитини, призводячи до виникнення симптомів ПТСР: дитина бачить повторювані сні та переживає наплив важких спогадів про хворобу, її чутливість до зовнішніх впливів підвищується, вона стає більш дратівливою, демонструє агресивну поведінку, порушується контакт у спілкуванні з однолітками. Через специфіку соціальної ситуації, в якій опиняються хворі діти, вони не вмюють виражати власні побажання, не знайомі з іграми, у них знижений (або відсутній) інтерес до комунікації з іншими дітьми, звужене коло інтересів. Як наслідок, дитина часто стає самотньою.

**Підтримка родини.** Поведінка близьких хворого може стати як фактором, що сприяє одужанню, так і чинником гальмування процесу зцілення. Саме тому так важливо розуміти сутність процесів у родинній взаємодії, які мають місце до і під час хвороби.

Істотний момент: необхідно підтримувати вираження почуттів. Дізнавшись про хворобу, люди часто плачуть, вони оплакують можливість своєї смерті, втрату переживання свого безсмертя та вічності. Сиди-

на можлива допомога родини у цьому випадку – готовність поділити всі ці складнощі, надання підтримки, тепла та близькості (Yalom, 2009). Важливі обійми, фізичний контакт, відкрите обговорення почуттів, які переживаються. «Неправильні» почуття теж потребують прийняття та визнання, адже несуть їх автору важливу інформацію, на основі якої і будується нове бачення ситуації; за умови їх усвідомлення та відкритого переживання людина швидше перейде на новий рівень розуміння себе та життєвих обставин, у які потрапила.

Для рідних хворого важливо не поступатись цілісністю своєї особистості, зберігати вірність самому собі. Якщо у відповідь на запропоновану допомогу людина отримує невиконане завдання, краще щиро сказати про це, наприклад, у такій формі: «Я дуже хотів би допомогти тобі, але це зробити мені не під силу. Можливо, є щось інше, що я можу зробити для тебе?». Така відповідь не закриває можливостей для продовження стосунків, демонструє, що її автор турбується про близьку людину, проте водночас визначає межі, в яких міг б діяти.

Спілкування може бути щирим та допомагати долати складнощі тільки тоді, коли партнери уважно і чуйно ставляться до того, що говорить інший. Близькі хворої людини мають себе запитати: чи не забагато вони говорять? Чи не завершують речення замість хворого? Чи уважно слухають його? Важливо підтримувати самостійність та ініціативу хворого, надавати йому можливість самому відповідати за стан свого здоров'я та шукати способи задоволення своїх потреб. Тому неприпустиме ставлення до нього як до безпорадної дитини або жертви: така позиція придушє ініціативу хворого, знімає з нього відповідальність за своє здоров'я та життя.

Поведінку «рятівника» легко помітити за такими ознаками.

1. Рятівник виконує для хворого щось, чого не хоче робити, але не повідомляє останньому, що робить це супроти свого бажання.

2. Рятівник починає робити щось разом з іншою людиною, а з часом розуміє, що остання переклала на нього більшу частину роботи.

3. Людині-рятівнику рідко притаманне вміння чітко дати іншим зрозуміти, чого вона б хотіла. Отже, вона позбавляє інших можливості адекватно реагувати на її прохання.

Рідним хворого потрібно пам'ятати: позиція, яку вони займають, повинна заохочувати здоров'я, а не хворобу. Знімаючи відповідальність із хворого за себе та свій стан, родина несвідомо сприяє продовженню хвороби: нерідко ми виявляємо максимум любові та турботи тоді, коли людина хвора, а в інші моменти її життя вважаємо, що «все і

так зрозуміло» і пестоці недоречні. Тому спеціалісти часто рекомендують близьким хворого знайти якусь спільну з ним справу, яка не стосується хвороби, та продовжувати займатись нею тоді, коли хворий піде на поправку.

Порушення взаємовідносин у родині не йде на користь і онкохворій дитині. У таких випадках можливе формування патологічних стосунків із родиною: дитина може демонструвати або деспотичну поведінку із повним ігноруванням інтересів інших, або індиферентне ставлення до оточуючих із зануренням у власні переживання, або повну залежність від батьків із почуттям провини перед ними, сприйняттям хвороби як «покарання за погану поведінку». Водночас установлено, що діти, які ведуть звичайний спосіб життя, підтримують звичні соціальні контакти, почуваються впевненіше та зберігають емоційні зв'язки із членами своєї родини, переносять хворобу легше (Шутценбергер, 1990).

Зауважимо також, що нерідко у батьків, чії діти страждають на невиліковну хворобу, через тривалу психотравмуючу ситуацію, постійні фінансові та побутові проблеми, переважно, спостерігаються психічні розлади за різними типами. Реакції батьків на хворобу дитини значною мірою нагадують стадії реагування людини на власне захворювання.

## ДОДАТОК 7. Психологія горювання

Послідовники екзистенційного напрямку в психології переконані: будь-яка криза несе у собі втрату (Якобсен, 2009). Це може бути втрата близької людини, частини ідентичності, смислу або картини світу. У кожному випадку реакцією на втрату є скорбота, завдяки якій людина примирюється, наскільки це можливо, із тим, що сталося, та вибудовує нову себе. Психологічні механізми горювання розглядаються нами саме в контексті обговорення термінальних хвороб, адже рідним умираючої людини психологічна допомога у прийнятті неминучості її смерті потрібна не менше, ніж їй самій.

Людина не підготовлена до втрати: така подія вибиває її з життєвої колії, перевертає світ «з ніг на голову». Водночас, занадто тривале перебування на певному етапі горювання та неправильне з психологічної точки зору його проживання накладає відбиток цього етапу на все подальше життя. «В нормальном варианте человек, потерпевший утрату, со временем оправляется от вызванного ею потрясения и начинает

снова жить полноценной жизнью. В патологическом же варианте переживание горя остается неразрешенным, незавершенным и выливается в разнообразные психологические проблемы, приводит к той или иной форме дезадаптации» (Шефов, 2006, с. 10). Наше завдання полягає у розумінні механізмів горя, вивченні процесу «нормального» горювання та підготовці до надання необхідної як професійної, так і просто людської допомоги людині, яка опинилась у відповідній ситуації.

**Горе** – це реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього (Сидорова, 2001; Шефов, 2006). Реакція на втрату значущого об'єкта – специфічний психічний процес, що розвивається за своїми законами. Його сутність *універсальна, незмінна* та не залежить від того, що саме втратив суб'єкт. Переживання горя завжди протікає однаково, відрізняються тільки його тривалість та інтенсивність, які залежать від значущості втраченого об'єкта та особливостей людини, що горює (Петрова, 2004).

Горе не раз намагались описувати як низку стадій, що послідовно змінюють одна одну. Їх кількість різниться у різних авторів від чотирьох до дванадцяти. Вважали, що психотерапевт допомагає клієнту рухатись від стадії до стадії, проте, як виявилось, стадії не мають чітких меж і інколи вже прожита стадія дає рецидиви на більш пізніх етапах горювання. Окрім того, інколи певні стадії були настільки нечітко виражені, що виникали складнощі в їх ефективному опрацюванні. Можливо, найвідомішими стадіями є вже згадувані в межах інших тем шок, заперечення (емоційне вивільнення, депресія та фізичний дистрес, паніка та провини), гнів та ворожість, відновлення надії та перебудова (відновлення відчуття контролю над своїм життям) (Kushner, 2004).

Останнім часом дуже поширеним став підхід до вивчення горювання, запропонований Дж. Вільямом Ворденом (Worden, 2001). Автор розуміє горе через чотири завдання, які повинні бути виконані при його нормальному плині – саме ця серйозна внутрішня робота розуміється під терміном «робота горя», введеним у науку З. Фройдом (Фройд, 1998). Завдання за своєю сутністю схожі на ті, що виконує дитина при дорослішанні та відділенні від матері. Якщо той, хто горює, не виконає цих завдань, горе не розвиватиметься далі та йтиме до свого вирішення, а тому можливе виникнення проблем у зв'язку із ним навіть через багато років. Реакція горя може блокуватись на будь-якому завданні, і за цим може стояти різний рівень патології (Калшед, 2001; Сидорова, 2001). Ось ці завдання:

1. *Визнання факту втрати.* Коли хтось помирає, навіть у випадку очікуваної смерті, нормальним вважається виникнення відчуття, що нічого не сталося. Тому першим завданням для людини, яка горює, є визнання факту втрати: близька людина пішла і більше ніколи не повернеться. Подібно до того, як дитина, яка загубилась, шукає матір, людина автоматично намагається увійти у контакт із померлим: машинально набирає його телефонний номер, «помічає» серед прохожих, обмірковує подарунки до свят тощо.

У нормі людина, яка робить ці дії, схаменеться і скаже собі: «Що я роблю? Він же помер». Але трапляються й інші варіанти поведінки на втрату. Один з них – *заперечення* того, що відбулось. Якщо людина не подолає заперечення, робота горя блокується на найранніших етапах. Заперечення факту втрати може варіювати від легкого розладу до важких психотичних форм, коли людина декілька днів залишається у квартирі разом із померлим, не помічаючи, що той вмер (Шефов, 2006).

Патологічна форма виявлення заперечення, яка трапляється досить часто, – *муміфікація*. У таких випадках людина зберігає усе так, як це було за часів померлого, щоб бути завжди готовою до його повернення: наприклад, батьки зберігають кімнати померлих дітей (Ялом, 2008). Така поведінка може бути варіантом норми, коли людина створює своєрідний «буфер», який пом'якшує важкі переживання та допомагає пристосуватись до втрати. Але якщо таке заперечення втрати затягується, цю поведінку розглядають як патологічну.

Іноколи люди поспішно прибирають усі речі, які нагадують про померлого, – це поведінка, протилежна муміфікації.

Легша форма заперечення – людина «бачить» померлого у комусь іншому: наприклад, овдовіла жінка бачить померлого чоловіка у своєму сині. Така ситуація врешті-решт завершується прийняттям факту втрати, адже у зазначеному випадку, наприклад, син – не батько, і з ним неможливо вступити у стосунки, ідентичні втраченим.

Людина може заперечувати значущість втрати, свідомо принижуючи роль померлого у своєму житті. Тоді можна почути такі висловлювання: «Ми не були близькі», «він був поганим батьком», «я не сумую за ним».

Отже, ті, хто пережив втрату, оберігають себе від зустрічі з реальністю втрати. Люди, які демонструють зазначені варіанти поведінки, входять до групи ризику розвитку патологічних реакцій горя.

Захоплення спиритизмом може слугувати ірраціональному сподіванню знову зустрітись із померлим. Таке прагнення нормальне у перші

тижні після втрати, коли поведінка спрямована на відновлення зв'язку, але коли таке сподівання стає усталеним – це ненормально.

2. *Пережити біль утрати.* Наступне завдання того, хто горює, – пережити всі складні почуття, які супроводжують втрату. Якщо він не може відчутти і прожити біль втрати, що присутній абсолютно завжди, біль приходить в інших формах, наприклад, через психосоматику або розлади поведінки.

Для того, хто горює, часто притаманне порушення контакту як із зовнішньою реальністю, так і з внутрішніми переживаннями. «Це незвичайно, але я нібито нічого не відчуваю», «я вважав, це буде інакше, якісь потужні почуття, а тут – нічого». Біль втрати відчувається далеко не завжди, іноді він можливий у вигляді апатії, проте він завжди повинен бути опрацьований.

Виконання цього завдання може бути ускладнене оточуючими. Часто люди, що перебувають поруч, відчувають сильний дискомфорт від болю та почуттів того, хто горює, не знають, що з ними робити, а тому свідомо або несвідомо повідомляють йому: «Ти не повинен горювати». Невиказане прохання оточуючих часто взаємодіє із власними психологічними захистами людини, яка переживає втрату, що призводить до заперечення необхідності та неминучості процесу горя. Це може супроводжуватись відповідною настановою, яку дає собі людина: «Я не повинна за ним плакати», «зараз не час горювати». У такому випадку прояви горя блокуються, емоції не відреагуються та не приходять до свого логічного завершення (Петрова, 2004).

Уникнути виконання другого завдання можна різними способами. Наприклад, людина може використовувати *«географічний спосіб»* – безперервні поїздки та справи, що не дозволяють замислитись про щось, окрім повсякденного. Варіант цього способу – занурення у роботу, надмірне завантаження себе завданнями та проектами.

Одна із цілей терапевтичної роботи з втратою – допомогти людині відкрити та пережити біль, але не дозволити йому зруйнувати себе. Тільки тоді, коли ми визнаємо та повністю проживемо його, можемо залишити й не нести через все життя. У протилежному випадку повертатись до цих переживань у терапії буде значно важче (Worden, 2001).

Відстрочене переживання болю складніше ще й тому, що якщо біль втрати переживається після значного періоду часу, людина вже не може отримати того співчуття та підтримки, на які могла б розраховувати одразу після події та які допомагають подолати горе.

Описана вище *охоронна поведінка* повинна бути розібрана у терапії окремо, до початку роботи із почуттями. Терапевту важливо з'ясувати причини, через які людина уникає переживань, пов'язаних із болем втрати, і спочатку переробити їх. Це, наприклад, може бути страх перед глибокими переживаннями. В інших випадках потрібна зміна стереотипу поведінки, пов'язаного із забороною на відкрите вираження почуттів, яка виникла раніше: у такому випадку важливо зрозуміти, як поводитись з опором оточуючих, яким некомфортно перебувати поряд із людиною в гострому горі.

3. *Налагодження оточення, де немає померлого*. Коли людина втрачає близького, якому адресовані почуття і який є джерелом почуттів, спрямованих на неї, порушується певний порядок життя. Той, хто горює, може усвідомлювати чи не усвідомлювати цю роль, але навіть в останньому випадку терапевт повинен зазначити ті ролі, які разом із померлим втратив клієнт. Наступний крок – визначення шляхів поповнення цих утрат.

Горе часто спричиняє в людини сильний регрес та змушує сприймати себе як безпорадну, неспроможну подолати труднощі, невмілу як дитина. Водночас збереження пасивної, безпорадної позиції допомагає уникнути самотності, адже друзі повинні допомагати та брати участь у житті людини, яка пережила втрату.

4. *Вибудувати нове ставлення до померлого та почати жити*. Емоційне ставлення до померлого повинне змінитись так, щоб з'явилась можливість продовжувати жити, вступати до нових емоційно насичених стосунків.

Багато людей неправильно розуміють це завдання, а тому потребують терапевтичної допомоги, особливо за умови втрати чоловіка або дружини. Людині може здаватись, що якщо їх емоційний зв'язок із померлим послабшає, це буде зрадою стосовно нього. У деяких випадках може виникнути страх того, що нові близькі стосунки також можуть скінчитись та знову треба буде пройти через біль втрати – таке трапляється часто, коли біль ще свіжий. Часто виконанню четвертого завдання заважає романтичне переконання, що кохають тільки раз, а все інше – не по-справжньому й аморальне.

Ознакою того, що завдання не виконується, горе не вщухає і не завершується після трауру, є відчуття, що «життя лишається на місці», «після його смерті я не живу», зростає тривога. Завершенням виконання цього завдання можна вважати виникнення відчуття, що можна кохати іншу людину, любов до померлого не стала від цього меншою.

Момент завершення трауру не очевидний. Деякі автори називають конкретні часові строки – місяць, рік або два. Сум лишається, він природний, коли людина говорить або думає про того, кого любила та втратила, проте це спокійний, «світлий» сум.

**Болісні реакції горя** є викривленням нормального горя. Якщо важка втрата трапляється з людиною у момент вирішення якихось важливих проблем або якщо її участь потрібна для моральної підтримки інших, вона може майже зовсім не переживати власне горе протягом досить тривалого проміжку часу. Відстрочені реакції можуть розпочатись через деякий часовий інтервал, протягом якого не спостерігається ніякої аномальної поведінки або страждання, але розвиваються певні зміни поведінки, зазвичай не настільки серйозні, щоб звертатись за допомогою. Німецько-американський психолог Ерик Ліндемманн розрізняє такі види змін:

- а) підвищена активність без відчуття втрати;
- б) поява у людини симптомів останньої хвороби померлого;
- в) виникнення певного захворювання, а саме низки психосоматичних станів;
- г) зміна у ставленні до друзів та рідних;
- д) ворожість до певних осіб;
- е) втрата форм соціальної активності;
- є) шкода власному економічному та соціальному стану;
- ж) розвиток ажитованої депресії.

Спостереження Ліндемманна доводять, що певною мірою тип та гостроту реакції горя можна прогнозувати. У людей, схильних до нав'язливих станів, скоріш за все, розвинеться ажитована депресія. Від матері, яка втратила маленьку дитину, слід очікувати на гостру реакцію. Найгостріші форми болісної ідентифікації були виявлені в осіб, не схильних до невротичних реакцій.

Окремо Ліндемманн описував *випереджальні реакції горя*, коли зіткнувся із справжньою реакцією горя у людей, які пережили не втрату близьких, а тільки розлуку з ними, пов'язану, наприклад, із призовом сина до армії. Автор аналізує випадок пацієнтки, яка настільки сильно була сконцентрована на тому, як вона переживе смерть сина, що пройшла усі стадії горя – депресію, зануреність у думки про нього, перебирання усіх форм смерті, яка могла його спіткати. Хоч такі форми реакції можуть уберегти людину від шоку при звістці про несподівану смерть близького, вони ж можуть зашкодити відновленню стосунків із людиною, яка повернулася. Можливо, саме цим феноменом можна пояснити

поведінку дружин солдатів, які повернулись із фронту і скаржились, що їхні дружини не люблять їх та вимагають негайного розлучення. Можливо, випереджальна робота горя була настільки ефективною, що жінка стала внутрішньо вільною від чоловіка (Rogers, 1963; Worden, 2001).

**Принципи психологічної допомоги дитині, яка втратила близьку людину.** Батьки та вчителі зазвичай намагаються розповідати дітям про різні прояви життя, проте уникають розмов та пояснень стосовно смерті. І все ж, досвід доводить, що в тих родинах, де тема смерті не заборонена, де відверто та ясно, у доступних дитині формах відповідають на її запитання, діти виявляються краще підготовленими до серйозних втрат. Ідея ознайомлення дітей із цією сумною стороною життя зустрічає певний опір дорослих, особливо вчителів, які вважають, що дитину потрібно захищати від таких думок.

Часто дорослі поведуться стосовно дитини, що страждає через втрату, саме так, як цього не потрібно робити: вдають, ніби нічого не трапилось, намагаються уникати спогадів про померлого, вважаючи, що оберігають дитину в такий спосіб, насправді вимагаючи від неї самотужки виробляти захисні механізми до горя, яке її спіткало, та шукати шляхи опанування своїх негативних переживань (Андрєєва, 1991).

Якщо у родині горе, дитина повинна бачити і виражати його разом з іншими, її переживання ніколи не можна ігнорувати. Водночас, у такий момент дитина потребує додаткових знаків любові та підтримки.

Перша реакція на смерть – шок. У дітей він зазвичай виражається мовчазним зануренням у свої внутрішні переживання або вибухом сліз. Дуже маленькі діти можуть відчувати болісне почуття дискомфорту, але не шок. Вони не розуміють, що відбулось, але добре відчувають загальну атмосферу в домі. Не найкращим варіантом поведіння буде розвага дитини (купити іграшку або солодоці, включити телевізор), адже вона є тимчасовим засобом і не допомагає опанувати горе, а тільки не деякий час переключає увагу. Важливо обійняти дитину, дати їй розслабитись, посидіти або полежати, поплакати, при цьому не варто поводитись так, ніби у неї болять зуби. Дитині потрібен час, щоб поговорити та поговорити про матір, батька, сестру або брата. Якщо дитина старшого віку, важливо надати їй роль у спільній підготовці до похорону, тоді вона не відчуватиме себе ізольованою серед зайнятих справами дорослих.

Не можна удавати, що нічого не сталося, що життя продовжується таким, як і було. Будь-хто потребує часу, щоб звикнути жити без близької людини. Це, на жаль, не запобігає виникненню несподіваних пове-

дінкових реакцій, проте дозволяє уникнути розвитку глибоких страхів, які можуть призвести до серйозних психологічних проблем багато років потім. Найголовніше, чого потребують діти у цей важкий час, – це демонстрація підтримки, любові та турботи.

Прикладом допомоги дітям-дошкільнятам, які втратили обох батьків, є рекомендації Шведської служби соціальної допомоги. Працівник соціальної служби повідомив дітей, що життя їхніх батьків перервалось, і через декілька днів відвідав з ними те місце, де відбулась аварія. Він розповів, як зміниться відтепер звичне життя дітей: до школи їх буде супроводжувати Л., жити вони будуть із Н., а за допомогою завжди можуть звернутись до К. Отже, було перелічено всі сфери активності дітей і підказано форму вираження горя з приводу втрачених батьків (О'Сонног, 2004). Така форма повідомлення може здатись «холодною», проте більш гуманно дати дітям засоби відновлення їхньої картини світу, ніж залишати їх у переживанні жаху, розгубленості та руйнівної невизначеності.

Важливо, щоб горе поділялось усіма членами родини. Горе не минає: ми залишаємо близьких у нашій пам'яті, і це дуже потрібно знати дітям. Таке розуміння дозволить винести позитивний досвід горя та підтримає у житті.

Найскладніше для дорослого – повідомити дитину про смерть близької людини. Краще, якщо це зробить хтось із рідних, якщо можливо, той, кого дитина добре знає і кому довіряє. У цей момент важливо торкатись дитини: взяти її руки, обійняти. Дитина повинна відчувати, що її, як і раніше, люблять і що вона не буде залишена. Важливо, щоб у неї не виникло переживання своєї провини з приводу смерті дорослого.

Дитина може демонструвати спалахи гніву стосовно дорослого, який приніс сумну звістку. Не варто у цей момент умовляти її контролювати себе та взяти себе в руки, адже горе, яке не було пережите вчасно, може повернутись через тижні або роки після того.

Доросліші діти у такий момент віддають перевагу самотності. Не варто переконувати їх у чомусь, їх поведінка природна та є своєю психотерапією.

Дитину треба оточити фізичною турботою: готувати їй їжу, стелити на ніч ліжко тощо. Не слід навантажувати її у такий момент дорослими обов'язками («тепер ти – дорослий чоловік, не засмучуй маму сльозами» – інколи таке повідомлення чує навіть восьмирічна дитина). Утримання сліз не природне і навіть шкідливе. Проте якщо дитина не хоче плакати, не можна її примушувати.

Під час горя у родині не варто ізолювати дитину від родинних турбот, усі рішення повинні прийматись усією родиною (Андреева, 1991).

Бажано, щоб дитина говорила про свої страхи, проте не завжди легко її до цього заохотити. Потреби дитини дорослі вважають очевидними, проте мало хто з них розуміє, що дитина потребує визнання її болю та страхів, що їй потрібно виразити свої переживання, пов'язані з утратою близької людини.

Вважають, що після похорону життя родини приходиться до норми: дорослі повертаються до роботи, а діти – до школи. Але саме у цей момент втрата відчувається дуже гостро. Якщо в перші дні після трагедії діти знають, що правомірне будь-яке виявлення почуттів, то через деякий час на зміну емоціям можуть прийти соматизовані прояви переживань – енурез, заїкання, сонливість або безсоння, дитина може почати гризти нігті тощо. Неможливо дати одну спільну для всіх випадків рекомендацію, головне – виходити із потреб дитини у любові та увазі до неї.

З метою корекції агресивної поведінки маленьким дітям можна дати різноманітні коробки, ящики, балони, папір, дозволяється ламати, руйнувати та рвати. Дорослішим дітям можна доручити роботу, яка потребує значних зусиль, або тривалу прогулянку пішки чи на велосипеді.

*Реакція дитини на звістку про смертельну хворобу близької людини.* Вище вже було сказано, що дитині краще знати про те, що відбувається у родині. Біль втрати не стає меншим через те, що дитина знала про смерть близького наперед, але дитина має можливість проститись, не отримує додаткової травми через те, що вилучена із кола родинних проблем, не вимушена самотужки домислювати відповіді на питання, які перед нею постають (Петрова, 2004).

Звістка про діагноз викликає ті ж реакції, що й звістка про смерть: шок, зціпеніння, недовіру й заперечення. Пізніше приходять страх, тривога, почуття безпорадності та гнів («чому це сталось саме зі мною?»). Звістка може викликати почуття образи стосовно тих, у кого все гаразд.

У змінених обставинах життєдіяльності родини дитина може відчувати ревності до хворого, який притягнув до себе всю увагу та любов усіх членів родини. Маленькі діти можуть погано поводитись, але не можна вдаватись до фраз типу «поводьтєся тихіше, інакше тату може стати гірше», адже вони породжують у дитини віру в те, що її вчинки можуть мати якісь наслідки на самопочуття хворого (звідки виникає умовивід: «страшна хвороба зникне, якщо я поводитимусь добре»).

Така логіка може викликати почуття глибокої провини за стан рідної людини та її смерть.

Дітям варто відвідувати своїх хворих рідних у лікарні, якщо це не реанімаційне відділення, яке може налякати дитину. Іноді доросліші діти відмовляються відвідувати близьких через різні причини: вони можуть сердитись на лікарів, які не можуть допомогти хворому, ревнувати та дратуватись, що самі не є центром спільної уваги, сердитись на себе через ці почуття. Підлітки можуть побоюватись, що у лікарні вони будуть змушені поводитись як дорослі, відчуваючи, що вони ще не готові поводитись не так, як відчувають.

У таких випадках не треба брати дитину з собою на час відвідування лікарні, а варто залучити її до спільної справи через виконання якогось доручення: вона може зателефонувати дорогою додому із школи і зустрітись із матір'ю у холі лікарні, або забігти до аптеки і купити потрібні хворому ліки.

У разі раптової смерті одного з батьків дитина, якщо не бачить страждань іншого батька, може почуватись залишеною. У цій ситуації вона потребує фізичного контакту, емоційної підтримки, переконання в тому, що світ не зруйновано остаточно. Діти стикаються зі змінами у поведінці овдовілих батьків: мати або батько можуть переживати суперечливі почуття, виникає бажання померти або відчувається сильний страх перед якоюсь катастрофою чи повним сирітством дітей. Батько може стати занадто суворим та вимогливим до дитини, і навпаки, до того малоемоційні жінки можуть перетворитись на сповнених любові та турботливості. Відповідальний та уважний до дітей батько, який раніше багато часу проводив із дітьми, тепер не може змусити себе повертатись до дому, де немає дружини. Він затримується на роботі, демонструє повну незацікавленість у родині. Дуже важливо, щоб батько, який залишився, зміг згадувати та говорити про померлого як із слезами, так і сміючись, щоб він не перетворився для дитини на міф, а залишався реальною людиною, про яку можна згадувати (Петрова, 2004).

Усе вищезазначене ще раз доводить, що тема смерті не повинна бути табуована: до моменту, коли дитина закінчує початкову школу, вона повинна мати уявлення про смерть як про частину життя. Очевидними прикладами, на яких можна навчати дитину, є зміна пори року, смерть домашньої тварини тощо.

**Питання для обговорення у зв'язку зі страхом смерті** (у групі або індивідуально: допомагають усвідомити та опрацювати страхи, по-



боювання та тривоги у зв'язку зі смертю, прийняти її неминучість та обрати життя, яке приносить більше задоволення – Дацишин, 2003).

1. Коли у своєму житті ви вперше зустрілися зі смертю?
2. Як ви це усвідомили та пережили?
3. З ким ви це обговорювали?
4. Чий ще смерті ви пережили?
5. Ваше ставлення до обрядів похорону.
6. Які почуття у вас виникають під час відвідування кладовища?
7. Як із часом змінилось ваше ставлення до смерті?
8. Ваші фантазії та сновидіння про смерть.
9. Як ви уявляєте собі свій похорон?
10. Що б ви хотіли, щоб було написано на місці вашого поховання? Некролог?
11. Який заповіт ви б залишили? Що б ви хотіли залишити своїм близьким після своєї смерті, виключаючи матеріальні цінності?
12. Що б ви робили, якби вам залишилось жити тільки один рік?
13. Які почуття та думки у вас виникають, коли ви зустрічаєте тих, кого довго не бачили? Які почуття переживаєте під час перегляду старих фотографій?

### Завдання для самоконтролю до розділу «Термінальні стани та вмирання» та додатка 7

*I. Виберіть правильну(-і) відповідь(-і) до наведених нижче питань.*

1. Зазначте подію(-і), присутню(-і), на вашу думку, в психологічному анамнезі хворих на рак:
  - а) досвід прийняття та розуміння;
  - б) стан безнадії та відчаю, присутні вже довгий час;
  - в) гомосексуальний досвід;
  - г) владність та агресивність.
2. Укажіть варіант соціальних відносин, найбільш притаманний онкологічному хворому:
  - а) екстенсивні соціальні зв'язки, відсутність глибоких взаємовідносин;
  - б) виняткові стосунки лише з однією людиною, ігнорування зовнішніх контактів;
  - в) наявність кількох референтних груп.

3. Приклад переформулювання твердження за типом: «рак нападає ззовні, і боротись із ним неможливо» на «власні ресурси організму можуть боротись із раком, чим би він не був викликаний» є елементом:

- а) гештальттерапії;
- б) аналітичної терапії;
- в) поведінкової терапії;
- г) когнітивної терапії.

4. На якому етапі психотерапевтичної роботи із раковими захворюваннями застосовується шкала Холмса та Рааге?

- а) аналіз життєвих подій та стресів;
- б) боротьба зі стресом, релаксація;
- в) складання геносоціограми;
- г) психодрама;
- д) візуалізація процесів у організмі.

5. У N. рак грудей. На даний момент її реакція на власний стан відбивається у такій поведінці. Вона ридає, у відчаї повторює: «За що це мені? Чому саме я? Невже я заслужила? Ніколи нікому злого не робила!» Яким буде наступний етап реакції N. на її захворювання?

- а) Захисна фаза;
- б) примирення зі своїм станом;
- в) реакція бурхливого протесту;
- г) етап депресії.

6. Типова реакція онкологічного хворого на стреси та проблеми, що він переживає:

- а) агресія;
- б) пошук компромісу;
- в) втеча від боротьби та почуття безнадійності;
- г) сублимація.

7. Зазначте рису, що не входить до психологічного профілю онкологічного хворого:

- а) домінуюча дитяча позиція у комунікації;
- б) інтернальний локус контролю;
- в) висока нормативність у ціннісній сфері;
- г) складність розуміння сутнісних ознак у когнітивній сфері.

**ЧАСТИНА III**  
**КРИЗИ, ВИКЛИКАНІ ЗОВНІШНІМИ ЧИННИКАМИ**

8. У твердженні «рак є *поліетиологічним* захворюванням» зауважують, що:

- а) рак викликають, переважно, шкідливі хімічні речовини;
- б) рак спричиняється одразу комплексом поєднаних факторів;
- в) виникнення раку досі лишається загадкою;
- г) немає правильної відповіді.

9. В якому з блоків психотерапевтичної роботи з раком обговорюється «синдром річниці»?

- а) аналіз життєвих подій та стресів;
- б) боротьба зі стресом, релаксація;
- в) складання геносоціограми;
- г) візуалізація процесів у організмі.

*II. Уважно прочитайте наведені нижче твердження. Поставте напроти твердження «П», якщо ви вважаєте його правильним, або «Н», якщо – ні.*

1. Випереджальна реакція горя виконує тільки негативну функцію.
2. Повідомити дитину про смертельну хворобу одного з батьків задалегідь – психологічно правильно та обгрунтовано.
3. Якщо незабаром після втрати значущого іншого людина демонструє підвищену активність та бадьорість та повідомляє, що «нібито нічого і не сталося», її реакції говорять про те, що її психіка ефективно впоралась із трагічною подією.
4. Серед відстрочених реакцій горя – такі форми активності особистості, які зашкоджують її економічному та соціальному стану.
5. Охоронна поведінка вважається нормою за умови нетривалості та вчасного переходу особистості до виконання наступного завдання горювання.

*III. Виконайте дію співвіднесення:*

1. Муміфікація;	а) Галузь допомоги, орієнтована на поліпшення якості життя людей з прогресуючими хронічними захворюваннями, коли можливості спеціалізованого лікування вичерпані;
2. Ажитована депресія;	б) астенічна емоція, викликана трагічними причинами;
3. Паліативна медицина;	в) зовнішні симптоми – дратівливість, збудливість, невгамовність;

**Розділ 7. Термінальні стани та вмирання**

4. Горе;	г) людина зберігає все так, як було за життя померлого – щоб нібито бути готовим до його повернення;
5. Охоронна поведінка;	д) поведінка уникнення або фобічна поведінка.

*IV. Доповніть твердження:*

1. Сутність процесу горя ... та не залежить від того, що втратив суб'єкт.
2. ... – напрямок у науці, що досліджує коло проблем у зв'язку зі смертю.
3. Синонімом вислову «психологічні канцерогени» можна вважати ...
4. Виникнення у людини, яка пережила втрату і при цьому через певні причини не дозволила собі прожити горе, психосоматичного захворювання, що за формою нагадує симптоми хвороби померлого, можна вважати ...
5. ... має за мету надання специфічної допомоги клієнту в установленні та відновленні втраченого контакту з процесами смерті та вмирання.

*V. Розподіліть наведені нижче поради та рекомендації людині, яка горює, та її близьким на правильні та неправильні.*

1. У такий момент людині потрібна підтримка. Скажіть: «Тобі потрібно продовжувати своє життя, частіше виходити. Ти ще така молода, все життя попереду!»
2. Допоможіть людині раціоналізувати позитивні аспекти смерті та знайти позитивні висновки з втрати.
3. Порадьте дозволити собі плакати, відкрито виражати свої почуття, знайти вихід гніву: кричати в усамітненому місці, займатись фізичною роботою.
4. Зауважте на визначенні меж можливого: інколи не варто боятись відмовити іншим.
5. Життя стане таким, яким було до втрати. Все повернеться і відновиться, думайте про це частіше й очікуйте на це.

Бібліографічний список

1. Андреева А. Д. Как помочь ребенку пережить горе / А. Д. Андреева // *Вопр. психологии.* – 1991. – № 2. – С. 87–96.
2. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти / Ф. Арьес. – М. : Прогресс, 1992. – 528 с.
3. Баскаков В. Ю. Танатотерапия. Теоретические основы и практическое применение / В. Ю. Баскаков. – М. : Ин-т общегуманитар. исслед., 2007. – 184 с.
4. Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни / Н. Бусыгина // *Москов. психотерапевт. журн.* – 2000. – № 1. – С. 77–100.
5. Володин Б. Ю. Психосоматические взаимоотношения и психотерапевтическая коррекция у больных раком молочной железы и опухолевой патологией тела матки: автореф. дис... д-ра мед. н.: 14.00.18 / Борис Юрьевич Володин. – М.: РОУ ВПО «Росс. ун-т дружбы народов», 2008. – 48 с.
6. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся / А. В. Гнездилов. – СПб. : Изд-во «Речь», 2007. – 162 с.
7. Грановская Р. М. Психология веры / Р. М. Грановская. – СПб. : Речь, 2004. – 576 с.
8. Дацишин Б. Сильний той, хто вмiє показати свої слабкостi (iнтерв'ю I. Корнелюк) [Електронний ресурс] / Борис Дацишин // *Поступ.* – 2003. – № 160. – Режим доступу: <http://postup.brama.com/dinamic/usual.php?what=13600>. – Загол. з екрана.
9. Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа / Дональд Калшед. – М. : Академический проект, 2001. – 368 с.
10. Леонтьев Д. Смысл смерти: на стороне жизни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.institut.smysl.ru/article/dead.php>. – Загл. с экрана.
11. Михайлова Е. Психодрама: вдохновение и техника / Е. Михайлова, П. Холмс, М. Карп, З. Морено, А. А. Шутценбергер. – М. : НФ «Класс», 2009. – 288 с.
12. Орлова Т. В. Философия паллиативной помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://4java.org/ppci/ru/publications/index.jsp?tvofilosofiya\\_palliativnoy\\_pomoschi](http://4java.org/ppci/ru/publications/index.jsp?tvofilosofiya_palliativnoy_pomoschi). – Загл. с экрана.
13. Паллиативная помощь при СПИДе / ЮНЭЙДС: Технический обзор. – Geneva : UNAIDS, 2001. – 24 с.

14. Петрова Е. Травма и посттравматический синдром. Практика терапевтической работы (терапевтическое эссе) [Электронный ресурс] / Елена Петрова. – Режим доступа: [http://www.gestalt.spb.ru/noframes/articles/articles\\_15.htm](http://www.gestalt.spb.ru/noframes/articles/articles_15.htm). – Загл. с экрана.
15. Саймонтон К. Возращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни / Карл Саймонтон, Стефани Саймонтон. – СПб. : Питер, 1995. – 171 с.
16. Сидорова В. Ю. Четыре задачи горя [Электронный ресурс] / В. Ю. Сидорова // *Журн. практич. психологии и психоанализа.* – 2001. – № 1–2. – Режим доступа: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20011210>. – Загл. с экрана.
17. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005. – 376 с.
18. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості у межах і за межами буденності / Т. М. Титаренко. – К. : Либідь, 2003. – 376 с.
19. Титаренко Т. М. Испытание кризисом. Одиссея преодоления / Т. М. Титаренко. – К. : Людопринт Україна, 2009. – 277 с.
20. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа: Сб. / Зигмунд Фрейд. – СПб. : Алетейя, 1998. – С. 211–231.
21. Хеллингер Б. Порядки любви: Разрешение семейно-системных конфликтов и противоречий / Берт Хеллингер. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2003. – 400 с.
22. Холмогорова А. Страх смерти: культуральные источники и способы [Электронный ресурс] / А. Холмогорова. – Режим доступа: <http://www.institut.smysl.ru/article/holmogorova.php>. – Загл. с экрана.
23. Ценев В. Психология горевания [Электронный ресурс] / Вит Ценев. – Режим доступа: <http://psyberia.ru/remarks/gore>. – Загл. с экрана.
24. Шефов С. А. Психология горя / С. А. Шефов. – СПб. : Речь, 2006. – 144 с.
25. Шутценбергер А. А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) / А. А. Шутценбергер // *Вопр. психологии.* – 1990. – № 5. – С. 94–106.
26. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Д. : Арт-Пресс, 1999. – 164 с.
27. Якобсен Б. Жизненный кризис в экзистенциальной перспективе: могут ли травма и кризис рассматриваться как помощь в личном развитии? [Электронный ресурс] / Б. Якобсен. – Режим доступа: <http://hpsy.ru/public/x2267.htm>. – Загл. с экрана.

28. Ялом И. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы / Ирвин Ялом. – М. : Независимая фирма «Класс», 2008. – 288 с.
29. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Ирвин Ялом. – М. : Римвис, 2007. – 608 с.
30. Bandura A. Self-efficacy in Changing Societies / Albert Bandura. – Cambridge, United Kingdom : Cambridge University Press, 1995. – 335 p.
31. Kushner H. S. When Bad Things Happen to Good People / H. S. Kushner. – New York : Anchor, 2004. – 176 p.
32. Madon S. In search of the powerful self-fulfilling prophecy / S. Madon, L. Jussim, J. Eccles // Journal of Personality and Social Psychology. – 1997. – № 72. – P. 791–809.
33. O'Connor J. Children and Grief: Helping Your Child Understand Death / J. O'Connor. – Grand Rapids, MI : Revell, 2004. – 254 p.
34. Rogers W. F. Grief – Erich Lindemann's Contribution to our Understanding of It / W. F. Rogers // Pastoral Psychology. – 1963. – V. 14. – № 6. – P. 5–7.
35. The Principles and Practice of Medicine / Ed. Stobo J. D. – Stamford, Connecticut : McGraw-Hill Professional, 1996. – 1046 p.
36. Worden W. J. Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Professional / William J. Worden. – NY, The USA : Springer Publishing Company, 2001. – 244 p.
37. Yalom I. D. Staring at the sun: overcoming the terror of death / Irvin D. Yalom. – CA, San Francisco : Jossey-Bass, 2009. – 306 p.

### Ресурси мережі Інтернет

1. Паллиативная / хосписная помощь. Информационный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pallcare.ru>. – Загл. с экрана.
2. Первый московский хоспис департамента здравоохранения г. Москвы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hospice.ru/?/nid=1>. – Загл. с экрана.
3. Противораковое общество России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.prog.ru>. – Загл. с экрана.
4. Ульяновский областной хоспис [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://simhos.ru>. – Загл. с экрана.
5. Уход за умирающими. Терминальные больные. Уход за престарелыми. Медицина, психология, практические вопросы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://uxod.ru>. – Загл. с экрана.
6. Learning to Live Through Loss: helping Children Understand Death [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nncc.org/Guidance/under-stand.death.html>. – Загл. с экрана.

## Розділ 8. ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА СУЇЦИДЕНТАМ. ПРЕВЕНЦІЯ СУЇЦИДІВ<sup>11</sup>

*Визначення понять: самогубство, спроба самогубства, пресуїцидальний період, недиференційоване підґрунтя суїцидальної поведінки, парасуїцидальні тенденції. Ідеологічний, медичний та соціологічний аспекти феномену суїциду. Теорії суїцидальної поведінки. Форми суїциду. Психологічні складові акту самогубства. Психодіагностика суїцидальної поведінки.*

Кожної хвилини хтось у світі вдається до спроби навмисного самогубства. Ці спроби 60–70 разів на день завершуються вдало. Проте справжня кількість суїцидів завжди більша, ніж повідомляє статистика, адже багато смертей реєструються під «смертю від нещасного випадку» (Кондрашенко, 1988). Зараз вважають, що в середньому на одну «вдалу» спробу самогубства припадає 30–40 спроб, які не спричинили смерть (Washington Profile, 2009). В Україні від суїциду вмирають більше людей, ніж від рук злочинців. На 100 000 населення у 1990 році було 20,6 суїциду, у 1995-му – 28,3, у 2002-му – 26 (нагадаємо, що «критична відмітка» згідно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я – 20 осіб на 100 000). Водночас, прес-служба Міністерства охорони здоров'я повідомила про стабілізацію кількості тих, хто хоче добровільно позбавити себе життя (Кім, 2004).

Останнім часом соціологи та психологи обговорюють помолодшання суїциду, причому це – загальносвітова тенденція. Зауважимо, що тільки 17–20 % від загальної кількості добровільних смертей скою-

<sup>11</sup>Віднесення суїциду до криз, спричинених зовнішніми впливами, звичайно, дуже умовне й узагальнене. Г. В. Старшенбаум, скажімо, виокремлює суїцидонезбезпечні реакції трьох типів: *реакції дезадаптації*, викликані впливом об'єктивно та суб'єктивно значущих факторів середовища, що призводять до фрустрації життєво важливих потреб та породжують стан психологічної кризи (і саме такі реакції підпадають під тлумачення суїциду як зовнішньозумовленої кризи), а також *невротичні реакції*, притаманні хворим на неврози, зокрема істеричні, та *психопатичні* – зумовлені т. зв. «суїцидальним розвитком» на тлі акцентуації характеру, що, однак, не досягає ступеня психопатії (Старшенбаум, 2005).

ються у стані божевілля. Значна частина самогубств здійснюється психічно здоровими людьми в результаті соціально-психічної дезадаптації особистості в умовах так званого «мікросоціального конфлікту». Реалії сьогодення вносять свою специфіку у феномен суїциду. Так, існують Інтернет-спільноти тих, хто прагне покінчити життя самогубством, де відвідувачі просять один одного поради, як краще позбавити себе життя або навіть шукають однодумців для спільного скоєння запланованого. Звичайних відвідувачів, хто прагне відмовити учасників від прийнятого рішення, вони з презирством називають «shiny happyies» (сяючі щасливчики) та цькують<sup>12</sup>.

Суїцидологи вже давно відмовились від пошуку єдиної або домінуючої причини, що зумовлює суїцидальну поведінку, як і від того, щоб створити спільний або «характерний» портрет суїцидента. Спільна думка, до якої приходять спеціалісти, – вивчення суїциду не можна зводити до аналізу тільки завершених суїцидів та суїцидальних спроб. До розгляду треба також включати весь спектр відповідних реакцій – думок, погроз, імітацій, демонстрацій намірів.

Визначимо коло основних термінів. *Самогубство* – стан особистості в умовах невіршеного конфлікту, результатом якого є реалізація усвідомленого бажання добровільно піти з життя (Grollman, 1988). Виділяють також *спробу самогубства* – невдале намагання позбавити себе життя (Амбрумова, 1980). У формуванні суїцидальної реакції виділяють *пресуїцидальний* період – період від виникнення перших суїцидальних переживань до їх реалізації. *Недиференційоване підґрунтя суїцидальної поведінки* – ситуація, коли людина констатує для себе відсутність бажання жити, проте воно ще не дорівнює бажанню не жити. Саме на цій стадії відчувається неспроможність існування в обставинах, що склались. Найчастіше така ситуація супроводжується думками, які виникають у напівсонному стані: «навіщо я прокинулась?», «мені так погано, що зовсім немає сил жити», «чому люди бояться вмирати?». В інших протягом дня спливають переживання «я не зможу так жити далі». При цьому думки про смерть мають наліт теоретизування, а ідеї щодо самогубства поки не виникає.

На наступному етапі припускається можливість смерті або суїциду – це етап внутрішньої готовності до самогубства, який настає за де-

<sup>12</sup>Запеклі дискусії ще й досі викликає позиція спільноти «Хемлок», учасники та ідейний лідер якої виступають за повагу до права людини на автоектаназію та стверджують: якщо вмирання важке і болісне, людина може свідомо обрати смерть на кілька тижнів (років) раніше природного завершення життя (Хемфрі, 1992).

кілька днів-тижнів до суїциду. У людини формуються *парасуїцидальні тенденції*, тобто активні фантазії про власну смерть, але не про самогубство. «От би під машину попасти, все б скінчилось», «просто дуже хотілось, щоб зі мною щось трапилось». Інший варіант – припущення можливості «щось із собою зробити»: «іноді жартома думала про цю можливість».

Таким чином, розрізняють декілька етапів переходу суїцидальної поведінки у зовнішню форму. Пасивні суїцидальні думки, фантазії на тему власної смерті з часом можуть перетворюватись на суїцидальні замисли, коли обмірковуються форми суїциду, час і місце дії. Наступна фаза – суїцидальні наміри, коли до замислу приєднується вольовий компонент. Останні можуть завершитись безпосереднім переходом у зовнішню форму (Мартиненко, 2005).

Проблема суїциду є, без сумніву, не тільки психологічною, а і соціальною, медичною, філософською і навіть ідеологічною. Адже суїцид, так само як ВІЛ або гомосексуалізм, є поліфеноменом. Рішення позбавити себе життя залежить від багатьох факторів, не тільки від суми обставин життєвого шляху конкретної людини.

Психологічний аспект суїцидальної поведінки буде розглянуто в ході лекції, зараз надамо стисло характеристику деяких визначених вище моментів.

Філософська та ідеологічна детермінанти суїциду полягають у *настановках та переконаннях стосовно себе, інших та світу взагалі*, які існують у суспільстві, де розвивається особистість. Ставлення до позбавлення себе життя за різних часів було різним. Стародавні скандинавські племена відомі їх ідеологією альтруїстичного самогубства старими людьми, яке звільняє плем'я від невтішних турбот; у готів існувала «скеля предків», з якої кидалися униз через страх природної смерті. Суїцид оцінювався не тільки позитивно, а й навіть естетизувався у ритуальних формах характері (Японія) та саті (Індія). Через звичай саті (самогубство, як живильне джерело життя душі, пропонує жінці, що після смерті чоловіка вона повинна спалити себе на його кремаційному вогнищі) відсоток самогубств в Індії серед жінок значно вищий, ніж серед чоловіків.

Відомо, що у християнській традиції самогубство належить до форм поведінки, які не заохочуються. Гріх самогубства вважають одним із найважчих: самогубця не ховають за церковними звичаями, він уважається позбавленим надії на загробне спасіння як той, хто порушив заповідь «не вбий».

Маючи на увазі медичну зумовленість суїциду, говорять про *низький рівень серотоніну* – гормону задоволеності та спокою, – у більшості самогубців. Окрім того, обговорюється й *спадковість*, вплив якої може бути не таким очевидним: якщо в роду людини були суїциденти, це може свідчити про певний спосіб реагування на життєві складнощі, адже він – продукт родинного виховання та середовища, в якому людина розвивається. У такому разі їй можуть бути властиві фаталізм, що ґрунтується на успадкованих від предків *емоційно-вольових особливостях*, які у певний момент можуть підштовхнути до прийняття сумного рішення (Юр'єва, 1999).

Остання закономірність – наслідування певного способу реагування на ситуацію – перетинається і з соціальною детермінантою суїцидальної поведінки. До соціальних факторів, що супроводжують суїцид, відносять також *урбанізацію населення, вплив ЗМІ та зарозливість і колективність самого феномену самогубства* (так, після самогубства Курта Кобейна, лідера гурту «Nirvana», світом прокотилась хвиля самогубств серед підлітків та молоді), *послаблення інституту сім'ї* тощо (Сорокін, 2003).

Важливим соціальним фактором, пов'язаним з існуванням феномену суїциду таким, який він є зараз у нашому суспільстві, є *табуїзованість теми смерті*, що вже згадувалась у контексті розгляду термінальних хвороб та горювання. Смерть не прийнято обговорювати, це не тема для відкритої, щирої дискусії, скажімо, в школі, у родинному колі. Більше того, сучасна культура пропонує нам приховування почуттів, які ми переживаємо, – інакше нас вважають невтриманими, невихованими. Табуїзованість тем смерті є одним із пояснень хвиль підліткових самогубств – «бо не відають, що творять».

Не на користь самогубцю виявляє себе *ступінь соціалізації* людини. Скажімо, у Південно-Африканській Республіці кількість самогубців серед білого населення перевищує відповідну цифру серед менш благополучного чорного населення. У США понад 70 % суїцидів відбуваються у середовищі білих, а не чорних, менше забезпечених соціальними правами мешканців. Підсумовуючи, зазначимо, що до *суїцидно-небезпечної референтної групи* входять такі категорії:

- *молодь*: із порушеннями міжособистісних стосунків, «одиначки», що зловживають алкоголем або наркотиками, відрізняються девіантною або кримінальною поведінкою, включаючи фізичне насильство (Кондрашенко, 1988);

- *гомосексуалісти*;

- *ув'язнені* в тюрмах;
- *ветерани* війн та локальних конфліктів;
- *лікарі* та представники інших професій, які перебувають у розквіті своєї кар'єри, при цьому занадто критичні до себе і / або зловживають наркотичними речовинами / страждають через приниження або трагічні втрати, що нещодавно відбулись;

- *люди зрілого віку*, фрустровані невідповідністю між очікуваними успіхами у житті та реальними досягненнями;

- *люди похилого віку*, які страждають на різні хвороби та полишені оточенням (Львова, 2002; Старшенбаум, 2005).

Стосовно асоціальних факторів, які стабільно супроводжують акт суїциду, зазначимо такі:

- *час дня* (полудень, з ранку до 12-ї або від 13 до 15-ї);

- *стать* (у світі на одну жінку-самогубця припадає, в середньому, три чоловіки);

- *вік* (найрезультативніші суїциди здійснюють чоловіки у віці старше 50);

- *сезон* (існують так звані «весняні кризи», небезпечна також осінь, місяці – травень та червень) (Кондрашенко, 1988; Grollman, 1988).

Аналіз феномену суїциду доречно продовжити, розглянувши деякі з відомих **теорій суїцидальної поведінки**.

1. Зигмунд Фрейд, аналізуючи суїцид у відомій роботі «Сум та меланхолія», розглядає самогубство як результат протидії двох притаманних людині інстинктів – Ероса, інстинкту життя, та Танатоса, інстинкту смерті. Суїцид та вбивство є проявами імпульсивного та руйнівного впливу Танатоса: вбивство – це агресія, спрямована на інших, суїцид – агресія, спрямована на себе (Фрейд, 1994; Фрейд, 1998).

2. Висловлювання Альфреда Адлера «бути людиною – значить, відчувати власну неповноцінність» пояснює і погляд мислителя на самогубство. Прагнення вирішити свої життєві проблеми, на його думку, спонукає людей до переборення своєї неповноцінності. Через руйнування себе людина намагається викликати співчуття до себе та засудження відповідальних за її занижену самооцінку (Сидоренко, 2002).

3. Еміль Дюркгейм вивчав взаємозв'язок між вчинками конкретної людини та оточенням, в якому вона існує. Автор виділяв три типи суїциду:

- а) руйнування себе може пояснюватись через те, що індивід відчуває себе відчуженим та роз'єднаним із суспільством, родиною та друзями;

б) *аномічне* (від «аномія» – «безправ'я») самогубство відбувається, коли людина зазнає невдачі в адаптації до соціальних змін;

в) *альтруїстичне* самогубство має місце тоді, коли авторитет групи над індивідом є настільки значним, що людина втрачає ідентичність і через це жертвує собою на благо спільноти (Дюркгейм, 1998).

На даний момент розрізняють три **форми суїциду**:

1. *Істинний*, коли людина насправді бажає вбити себе, більш притаманний чоловікам та частіше завершується смертю.

2. *Афективний* характеризується переважанням емоційного компонента і більш притаманний жінкам.

3. *Демонстративний* суїцид є способом привернути увагу до своєї особистості (Конончук, 1989).

**Психологічні складові акту самогубства.** Зазвичай акт суїциду аналізують, ідучи від більшої частини до дрібної: смисли самогубства, особистісні характеристики, що впливають на вірогідність прийняття рішення позбавити себе життя, психічні настанови, притаманні суїцидентам та суїцидонебезпечні психологічні реакції.

У літературі з питання визначається, що, незважаючи на прямі повідомлення великої кількості суїцидентів про бажання померти, справжнє прагнення піти з життя їм не притаманне. У теоретичних дослідженнях показано, що кінцева мета акту (смерть) та його психологічний смисл часто неузгоджені. Було виділено такі *смисли суїциду*:

1. *Заклик* (або «крик про допомогу»): основний зміст – привернення до себе уваги оточуючих.

2. *Протест*: активна реакція проти ситуації, що склалась.

3. *Парасуїцидальна пауза*: відмова або уникнення страждання, необхідність дати собі хоча б коротку перерву у ситуації конфлікту<sup>13</sup>.

<sup>13</sup>Як приклад наведемо лист О., 27 років, м. Москва, яка вдалась до спроби самогубства після терористичного акту в супермаркеті, що докорінно змінив її життя: «Уяви собі таку картину. Ти живеш прекрасним життям: у тебе улюблена робота, прекрасний та турботливий чоловік, діти-близнюки семи років, яких ти просто обожнюєш. І ось одного разу вранці в неділю ви йдете у великий магазин, і чоловік пропонує тобі забрати дітей у відділ іграшок, поки ти займаєшся закупівлею продуктів на неділю. Ви розділяєтеся та розходитеся у різні кінці приміщення магазину. Ти стоїш перед прилавком і роздумуєш, чим би здивувати рідних на вечерю, як РАПТОМ... ти чуєш потужний вибух у другому кінці супермаркету, і це саме туди пішли твої чоловік і діти. У паніці ти кидаєшся туди і бачиш: у напівзруйнованому приміщенні всюди поранені та вбиті люди, чийсь відірваний руки лежать усюди, поранені кричать від болю, але ти їх не чуєш. Ти кидаєшся шукати своїх, але тебе хтось хапає і виносить на вулицю,

4. *Самопокарання*: прагнення покарати себе як винного у ситуації, що склалась (Конончук, 1989).

Дослідження доводять, що *реалізація суїцидального наміру* залежить від певних притаманних людині *особистісних характеристик*, а саме:

а) *рішучості*, показника, що впливає на швидкість прийняття рішення про самогубство;

б) *нейротизму*, тобто підвищеної емоційної сприйнятливості та подразливості, внаслідок яких розвиваються емоційна нестійкість та тривозможність – такі характеристики можна розглядати як показник адаптації до швидкозмінюваних або екстремальних ситуацій;

в) *агресивності*, причому в суїцидальному акті це будуть деструктивні дії, спрямовані на себе, тобто автоагресія;

де ти бачиш «швидку» та міліцію. Тобі не дозволяють піти всередину, включають заспокійливе. Прокинувшись у лікарні, ти бачиш, як по телевізору розповідають про теракт у магазині. Заходить твій лікар, ти кидаєшся до нього та розпитуєш про рідних. Він робить сумне обличчя і з інтонацією, яка не обіцяє нічого доброго, просить пройти з ним. Ви йдете до пустої палати, де стоять тільки три столи, накриті простирадлами, і ти розумієш, що під ними знаходяться ті, кого ти любила більше за життя. Лікар піднімає простирadlo, і ти бачиш тіло чоловіка. Незважаючи на твої невтішні страждання, лікар просить тебе впізнати ще два маленькі тіла, що лежать поряд. Повернувшись додому, ти сідаєш у крісло та ридаєш, раз за разом прокручуючи у голові страшні події, що назавжди змінили твоє життя. Тепер воно перетворюється на один тільки біль, якого не можна уникнути. Все навколо нагадує тобі про них, ти намагаєшся заглушити біль алкоголем, проте він не зникає. Ти не можеш перебувати удома, де кожна річ нагадує про них, і коли бачиш, як надворі граються діти, занурюєшся у спогади. У думках спливають картини понівечених тіл твоїх дітей і кожної ночі ти бачиш кошмари, в яких знову і знову переживаєш події того страшного дня. Якщо колись ти і вірила у Бога, то тепер ненавидиш його за те, що він міг таке допустити. На похороні, коли три труни опускають у холодний ґрунт, ти розумієш, що ніхто і нічого у цьому світі тобі вже не потрібно і не тримає. Все, заради чого ти жила, зникло. Світ навколо став сірим та холодним. Кожного дня – тільки біль, який не можна вбити або прогнати. Він як наркотик: пожирає тебе з середини, але ти не можеш відмовитись від нього, адже це значить зрадити пам'ять тих, кого любила більше за всіх на світі. І тоді ти приймаєш рішення піти звідси, де немає справедливості та правди, де так багато жорстокості та болю. І ніхто не має права тебе за це засуджувати, адже тільки так можна позбавитись від того страждання, на яке перетворилось твоє життя. Якщо воно складається з одних лише мук і в тебе вже немає віри у щастя, який смисл його продовжувати? У цьому випадку самогубство – не слабкість, а єдиний розумний вихід.»

г) *тривожності*, тобто показника схильності до автоагресії залежно від зовнішніх подразників (тривожність – властивість людини, яка виявляється постійно або ситуативно і полягає у здатності приходити у стан підвищеного неспокою, відчувати страх та тривогу у специфічних соціальних ситуаціях, пов'язаних із випробуваннями).

Найголовніші психічні *настанови*, що ведуть до самогубства, такі (Лаврін, 1993):

1. *Занадто вузький погляд на ситуацію* виражається в тому, що думки людини плинуть одним і тим же руслом, а вона не спроможна вирватись із нього. Інтелект повністю виключений, найпростіші умовиводи стають занадто важкими. Людина годинами сидить, мозок її напружено працює, але вся його робота відбувається навколо одних і тих же думок за типом: «як усе погано», «що робити?», «чому саме я?». Вузькість виражається ще й у тому, що людина бачить тільки поточний момент часу. Вона не може уявити ні минуле, ані майбутнє, виходячи з того, що її життя цілком складається із того страждання, яке вона відчуває зараз. Проста думка про те, що біль вщухне, їй недоступна.

2. *Надмірний егоцентризм*: фіксація на своєму болі, і через це неспроможність на «погляд відсторонений». Суїцид – це вкрай егоцентричний прояв і саме на цьому заснована терапевтична робота з суїцидентами.

3. *Самоізоляція*: людина не сприймає інших як реальність. Від спроб допомогти вона відмовляється, адже вони заважають їй сконцентруватись винятково на собі й власному болі. Усі пропозиції про вихід із ситуації спростовуються. При цьому суїцидентам часто притаманні фантазії про реакції близьких на їх смерть. Можлива і зворотна ситуація: людина у відчай шукає допомоги, але не знаходить її, після чого «забивається у куток» та припиняє пошуки.

4. *Надмірна втома*: втрата останніх сил у боротьбі з ситуацією та відмова від подальшої боротьби. Втрата сил супроводжується згасанням надії, а коли вмирає надія, вмирає і людина.

Фахівці виокремлюють також *типів особистісних реакцій*, що характеризуються потенційною суїцидонебезпечністю. Спостереження за людиною подібної поведінки при наявності знань про її емоційний стан можуть стати корисними з погляду діагностики пресуїциду.

1. *Реакція егоцентричного переключення*: виникає гостро та триває короткий час, починається з афективних переживань, проте швидко генералізується, охоплюючи всі рівні психічної діяльності. Ідея суїциду виникає у свідомості раптово, набуваючи потужної збуджу-

вальної сили. Навколишня реальність змінює свій зміст, своєрідній трансформації підлягає і самосвідомість: охопленість суїцидальним наміром відбувається за відсутності страху болу та смерті, тілесні відчуття витісняються. У результаті не беруться до уваги обставини акту, а тому самогубство може відбутись на очах присутніх, що дозволяє вдатись до екстрених заходів для рятування суїцидента. Спроби перервати суїцидальний акт часто не приносять успіху, спричиняючи агресію та підсилення. Пам'ять про те, що відбулось, зберігається, але обсяг її обмежений.

Реакції егоцентричного переключення частіше виникають в осіб з рисами збудливості, агресивності, можуть трансформуватись у синдром зміненої свідомості.

2. *Реакції психалгії*. Суть цих афективних реакцій полягає у відчутті «душевного болю», при цьому не відбувається будь-яких трансформацій свідомості, біологічних потреб та вітальних проявів, зберігається спроможність до диференціації зовнішніх стимулів. Спостерігається звуження мотиваційної сфери та обмеження спілкування, своєрідним чином змінюється переживання часу. Притаманна стенична поведінка, пошук та перехід до нових стратегій поведінки, спрямованих на позбавлення від страждання.

Психалгії виникають при елементах емоційної нестійкості, зниженні толерантності до емоційних навантажень, можуть трансформуватись у депресивні стани.

3. *Реакції негативного балансу*: суїцидальні стани, змістом яких є раціональне «підсумування результатів життя», оцінка пройденого шляху, визначення реальних перспектив існування, порівняння позитивних та негативних моментів продовження життєдіяльності. «Підведення балансу» передбачає високий рівень критичності та реалістичності суджень, збереження особистісного ядра, поведінка у пресуїциді свідчить про відсутність афективної напруженості. Підготовка має ретельно приховуваний характер, вибирається найлетальніший спосіб суїциду. У разі невдачі наміри зберігаються і з великими зусиллями підлягають зворотному розвитку (Старшенбаум, 2005).

Реакції негативного балансу мають місце за умови гармонійних особистісних структур із стійкою раціональною системою захисних засобів (Юр'єва, 1999).

Коротко зупинимось на *віковій та гендерній специфіці самогубств*. Підліткові самогубства є завжди проявом слабкості підлітка стосовно дорослих, навколишнього світу, це – своєрідний захист від них. Саме



тому фахівці твердять, що не можна заганяти підлітка в кут, «дожимати» його, яким би неправим він не був. Смерть може розглядатись як тимчасове сховище. Якщо дитина перебуває у безвихідному становищі, вона може вибрати смерть як засіб тимчасово відпочити від гонки. Зміст поняття «смерть» вона не розуміє і вважає, що зможе повернутись.

Небезпечна і тотальна байдужість до дитини. Якщо батьки майже не спілкуються з нею і при цьому у неї немає друзів, ситуація дуже небезпечна. Навіть дитина із благополучної родини, за умови, що її люблять, перебуває у небезпеці, якщо з нею сталось одразу декілька великих неприємностей. Логіка дитина часто така: «То ви мене образили? Добре! Тоді я вмру, а ви всі будете жалкувати!» Вона вважає, що у такий спосіб помститься дорослим, при цьому добре не усвідомлюючи зміст слова «смерть», думає, що буде спостерігати за всім відсторонено.

Діти молодші восьми років звертаються до суїциду вкрай рідко, можливо, тільки за компанію зі старшими дітьми (бувають і колективні дитячі самогубства). Критичний вік припадає на 12–15 років. У старшому віці самогубства відбуваються за дорослими сценаріями.

Далі наведемо декілька прикладів дитячих самогубств (Лаврін, 1993). Удома хлопчика 10 років дуже лаяли за «двійки», на ґрунті чого у дитини розвився панічний страх перед батьками. Отримавши чергову «двійку», хлопець вирішив не повертатись додому, а оскільки іншого притулку в нього не було, вирішив позбавити себе життя і повісився на горищі. Повненьку дівчинку 11 років дражнили «жирною», а діти дуже добре вміють колективно цькувати іншого. Дорослі не втручались. Залишившись без чиеїсь допомоги, дівчинка повісилась.

Майже всі самогубства через кохання без взаємності скоюються дівчатами. Типовий випадок: дівчина закохалась у хлопця, він не відповів взаємністю, а ще й образливо насміхався з неї, розповів друзям і почав зустрічатись з іншою дівчиною.

Особливий випадок підліткових самогубств – це суїциди серед квір-тінейджерів, тобто підлітків – «білих ворон», неприйнятих, незрозумілих іншими та загнаних у глухий кут однолітками.

Знедавна мотивами самогубства серед підлітків почали виступати і релігійні. Якщо у дитини, скажімо, загинули батьки, а у церкві «нової формації», яку вона відвідує, її втішали розповідями про те, що вони зараз у раю і колись зустрінуть її, дитина може прийняти рішення прискорити момент зустрічі.

Стосовно гендерних розбіжностей, відомо, що сильна стать зазвичай вибирає більш насильницький метод позбавити себе життя, отже, спроби самогубства часто видаються успішними. Жінки, звертаючись до менш рішучих методів, нерідко повертаються до життя, а тому до статистики не потрапляють. Окрім того, демонстративні самогубства, які, як правило, не завершуються смертю, теж більш притаманні жінкам.

**Психодіагностика суїцидальної поведінки.** Для кризових психологів, як і для консультантів на телефоні довіри, важливий момент розпізнання *суїцидальної загрози*. Думка про те, що ті, хто говорить про самогубство, ніколи його не скоюють, як доведено, є міфом, помилковим та небезпечним. Навпаки, багато людей позбавляють себе життя, говорячи про це, розкриваючи свої наміри. Спочатку загроза може бути неусвідомленим закликком про допомогу, захист, втручання. Пізніше, якщо не знаходиться ніхто, справді зацікавлений у допомозі, людина може намітити спосіб самогубства. Дехто говорить про свої наміри досить відкрито: «я не можу цього витримати, я не хочу більше жити, хочу покінчити з собою». Але існують і замасковані повідомлення: «ви не повинні турбуватись про мене, я не буду створювати для вас проблеми», «хочу заснути і ніколи не прокинутись», «дуже скоро все буде позаду», «всі ви будете жалкувати, коли я вас покину», «хотілося б знати, де батько ховає зброю». У будь-якому разі такі висловлювання не можна ігнорувати.

Існують і невербальні індикатори суїциду. Підготовка до самогубства залежить від рис особистості та зовнішніх обставин, в яких людина перебуває. Часто вона полягає у «приведенні справ до ладу»: це може бути оформлення заповіту або перегляд паперів, написання довгих листів або примирення з рідними та сусідами. Підліток може роздати цінні для нього особисті речі. Такі підготовки робляться дуже швидко, після чого миттєво слідує суїцид.

З метою розпізнання суїцидонебезпечної поведінки у консультативній практиці можуть використовуватись проєктивні методики. Бланкові тести у таких випадках рідко дають адекватну інформацію: результат клієнта являє собою так званий «втоплений профіль», тобто нейтральний за всіма досліджуваними показниками.

Досвід українських дослідників доводить перспективність використання з цією метою тесту чорнильних плям Роршаха. Автори свідчать, що діагностичними будуть такі спостереження:

• Наявність великої кількості – більше двох – «світлотіньових відповідей» (наприклад, на чорно-білій плямі клієнт бачить тіні від свічки, тінисту алею тощо).

• Шок «чорного кольору» (клієнт відчуває складнощі в інтерпретації плями з переважанням чорного кольору, мовчить протягом 1–2 хвилин, відмовляється відповідати, пропускає карти). Шок чорного кольору в комбінації зі світлотіньовими відповідями свідчить про амбівалентність переживань: прагнення до ризикованої дії та гальмування тривогою, що спричиняє почуття неповноцінності та самозвинувачення, притаманні суїцидентам.

• Наявність достатньої кількості (більше чотирьох) «кольорових» відповідей, зумовлених кольором карти (наприклад, «вогонь» або «кров» у коментарях до карт червоного кольору) у поєднанні з їх негативним змістом та великою кількістю людських рухів, помічених у плямі (наприклад, «рука, що б'є», «людина, яка втікає»): у такий спосіб виражається неконтрольована імпульсивність, що тяжіє до розрядки.

• Мала кількість популярних відповідей.

• Мала кількість крупних деталей, що свідчить про втрату відчуття реальності та ускладнення у спілкуванні з іншими.

Подібна специфіка в коментарях до плям Роршаха пояснюється, перш за все, тими амбівалентними переживаннями, які повністю охоплюють потенціального суїцидента. Це – відчай, страх, горе, почуття безпорадності, бажання помститись, перервати тілесні та душевні страждання (Пурло, 2006).

Спеціалісти, які працюють із проблемою смерті та суїциду зокрема, приділяють особливу увагу емоції *страху* як базового переживання у зв'язку з нею. Страх може бути недиференційованим, виникати раптово та супроводжуватись відчуттям неминучої загрози або катастрофи, тобто мати суто метафізичний характер. Під впливом життєвого досвіду страх перероджується у специфічні форми, не пов'язані з фізичною загрозою – а тоді може мати місце страх втрати контролю, пов'язаний з утратою основних життєво важливих орієнтирів, страх перед новими, несподіваними внутрішніми станами, що швидко змінюють один іншого, страх смерті як найбільш непередбачуваної та важливої зміни.

Страх смерті часто підтримує у людини ілюзію стабільності її життя та робить занадто захищеною для того, щоб рухатись далі. Подібний страх може в результаті складних зовнішніх обставин інвертуватись на свою протилежність, і тоді людина рішуче повертається до того, від чого ховалась та втікала – до смерті.

### ДОДАТОК 8. Інструкції для кризового телефонного консультування. Посібник з телефонного консультування. Робота з суїцидом та кризою (ред. Лепеха Т., Лешукова О., Зуєва Г.) (скорочено)

...Слово «самогубство» звучить у кожному четвертому випадку, і питання на цю тему звучать зі злістю, впертістю та сильним страхом. «Чому ви це зробили?, «хто вас поранив?», «ви насправді бажаєте померти?». У відповідь ви почуєте: «Залиште мене!», «я тільки хочу зазнати назавжди», «не хочу більше болю і страху катастрофи».

Будь ласка, тільки слухайте. Не бійтесь. Слухайте уважно. Слухайте від усього серця. Будьте емоційно сприйнятливі. Допоможіть абоненту побачити альтернативи у його світі чорного-і-білого, всього-абсолютного. Побачте надію там, де він нічого не бачить. Допоможіть йому повірити у свою спроможність до розвитку, здатність любити, сміятись. Допоможіть побачити красу та цінність життя, повірити, що в житті є не тільки біль та страх. Дайте йому розповісти, поділивши його почуття, позбавивши їх настільки погрозливих розмірів.

*Превенція самогубств.* Будь-який абонент може перебувати у стані кризи, але кожний суїцидальний абонент перебуває у цьому стані. Суїцид може бути реакцією на важку кризу, що настала, тобто панічною реакцією на суб'єктивне відчуття того, що те, що відбувається, вийшло з-під контролю. В іншому визначенні суїцид є спробою припинити існування, яке суб'єктивно сприймається як нестерпне.

Для людини у стані кризи принциповими факторами є гнітюча важливість нерозв'язаної проблеми та почуття безпорадності і безнадійності. Гніт цих почуттів провокує індивіда до дій з негайного вирішення ситуації.

Будьте відкриті та сконцентровані, якщо підозрюєте суїцид. Якщо абонент суїцидальний, то причина його дзвінка – поговорити про суїцид. Здатність говорити про суїцид вільно корисна для зниження тривожності клієнта з приводу його суїцидальних імпульсів. Якщо абонент розуміє, що ви цікавитесь ним або нею і не боїтесь подібних думок, він може усвідомити, що суїциди не є вирішенням його проблеми.

Абоненту потрібна певна сміливість, щоб розповісти про те, що він збирається вчинити самогубство. Це буде розкриття фантазій, зняття аури таємниці й інтриги. Краще це зробити, поставивши прямі питання про суїцидальні почуття і плани абонента. Наприклад, ви можете сказати: «Чи думаєте ви про самогубство?», «Чи відчували ви щось подібне

раніше?», «Чи були у вас спроби самогубства?», «Як ви збираєтесь зробити це?», «Чи є у вас для цього засоби (таблетки, зброя тощо)?», «Коли ви збираєтесь позбавити себе життя?».

Прослуховування суїцидальних планів абонента допоможе вам вирішити, наскільки серйозна загроза самогубства. Необхідно прослідкувати шляхи розвитку ідей, щоб зрозуміти, куди вони ведуть, але ви не повинні розмовляти занадто багато. Абоненту повинно вистачати часу, щоб вільно виражати свої думки. Говорячи занадто швидко, щоб заповнити паузи, ви можете дратувати абонента. Паузи дозволяють йому зібратися з думками та висловити їх. Якщо ви встановили, що абонент уже здійснив суїцидальні спроби (випив таблетки, перерізав вени тощо) або ось-ось збирається зробити це, дійте прямо та активно. Процес допомоги потрібно прискорити.

Додаткову інформацію потрібно запросити, коли ви встановили, що абонент уже здійснив самогубство. Перша необхідна інформація – це з'ясування стану абонента. Потрібно спробувати дізнатись, як давно і де він перебуває. Якщо ви не можете отримати необхідну інформацію про абонента у стані саморуйнування, потрібно повідомити у відповідну службу. Там зможуть визначити місцезнаходження абонента за лінією зв'язку. Якщо ви отримали таку інформацію, викличте швидку допомогу. Вкрай важливо утримати абонента від уживання засобів самогубства. Намагайтесь розмовляти з ним, мобілізувати будь-які інші ресурси. Якщо існують значущі інші, треба попросити дозволу переговорити з ними про стан клієнта.

Якщо дзвінок надходить уночі, потрібно пам'ятати, що у цей час більшість проблем набуває особливої значущості. Тоді найближчою метою може бути допомогти абоненту пережити ніч. Спробуйте зібрати достатню кількість інформації, щоб зрозуміти, наскільки великий ризик спроби самогубства. Для клієнта під владою сильних самодеструктивних тенденцій, як правило, допомога полягає у комунікації з іншими.

Найтривожніший сигнал – повна самотність клієнта. Для консультанта це знак того, що клієнт утратив будь-яку надію на краще. Дуже важливими для клієнта можуть бути його форми комунікації з іншими. Спілкування може бути вербальним і невербальним, прямим і непрямим. Серйозним є таке становище в суїцидальній ситуації, коли абонент занурений у невербальні та непрямі комунікації. Такі «комунікативні акти» свідчать, що спілкування між абонентом та оточуючими неясне та часто провокує прояв суїцидальних імпульсів.

Суїцидальна діяльність часто є проявом безпорадності та безнадії. Суїцидальні абоненти вдаються до такого способу, коли відчувають неспроможність подолати проблему та вважають, що інші їх не розуміють і не відповідають на їх потребу у допомозі.

Отже, суїцидальна поведінка стає вимогою уваги, яка, як відчуває абонент, втрачена. Для такого абонента притаманні такі твердження: «Я не хочу більше жити», «я збираюсь покінчити з собою». Почуття можуть також виражатись у термінах дій, за типом прийому таблеток, пістолета, висловленого рішення скласти заповіт або роздати накопичене майно.

Почуття можуть виражатись прямо або непрямим, часто дуже специфічно. Коли почуття виражають непрямим, буває важко впізнати прихований зміст слів або зрозуміти реальний контекст комунікації. Упізнання комунікативних аспектів суїцидальної поведінки дозволяє точніше оцінити ситуацію та дати більш цінну пораду. Дослідження доводять, що у більшості випадків потенційні самогубці свідомо або несвідомо якимось чином повідомляють про свої наміри, перш ніж зробити фатальний крок. Той, хто сидить біля телефону, може бути єдиним, кого попереджає самогубець. Знаками цього можуть бути почуття симпатії, тривожності, злості або ворожості, які виникають у консультанта, поки він спроможний рефлексувати свої реакції. Універсальною тенденцією, про яку ви повинні знати, є почуття всемогутності, яке може виникати у консультанта. Адже будучи всемогутнім, ви зможете вирішити всі проблеми та задовольнити всі потреби кожного абонента. Інші почуття, переживання яких може спричинити абонент, – це ваші власні почуття з приводу смерті. Смерть є частиною нашого існування, але в західній культурі ця тема завжди була табуована. Ці табу-почуття будуть відчуватись і навіть виявлятись у спілкуванні з абонентом до тих пір, поки консультант залишається чутливим до своїх переживань з приводу смерті. Щоб ці переживання не заважали вам у спілкуванні з клієнтом, ви повинні утримуватись від моралістичних тенденцій з питань смерті та суїциду. Позиція консультанта: суїцид слід передбачити, якщо це можливо. Проте треба усвідомлювати, що існують також інші позиції.

Багато суїцидальних ситуацій можуть спричинити у вас переживання тривоги та сумнівів у вашій спроможності керувати критичною ситуацією. Певний рівень тривожності припустимий, але занадто висока тривожність може зашкодити вам, особливо якщо вона передається абоненту, який залежить від вас. Суїцидальний абонент, який відчуває безпорадність і розгубленість, почувши вашу тривожність, може втра-

тити надію. Подібно до інших життєвих ситуацій, консультант повинен розвинути у собі впевненість та володіння собою за допомогою тренувань та досвіду.

Варто також зауважити, що багато, можливо, більшість людей, які намагаються покінчити життя самогубством, насправді не хочуть померти. Почуття суїцидента, таким чином, подвійні: він хоче і жити, і померти. Це – риса суїцидальної особистості. Вам потрібно побачити цю амбівалентність протягом розмови з абонентом. Прикладом амбівалентності є абонент, роздратований на кохану людину за заподіяну йому реальну або уявну шкоду і сповнений водночас сильних почуттів як любові, так і ненависті. Такий абонент може прийняти летальну дозу барбітуратів, а потім звернутись до будь-кого у пошуках порятунку перед тим, як утратити свідомість. Ставлення та сила двох протилежних імпульсів до життя та смерті можуть варіювати у різних умовах. Більшість людей більше хочуть жити, ніж померти. Амбівалентність – це і є той факт, завдяки якому можливо передбачити суїцид. Працюючи з суїцидальним абонентом, потрібно оцінити обидва ці відчуття та їх взаємовідношення. Тоді ви зможете покласти ваші зусилля на чашу бажання жити. Гостра суїцидальна поведінка притаманна як стабільним, так і нестабільним особистостям. Хронічна суїцидальна поведінка притаманна тільки нестабільним особистостям. Особливо важливо бути спокійним та вдумливим у розмові з хронічним суїцидентом. Такій людині потрібно дати зрозуміти, що в минулому вона переживала звичайні кризи. Головною метою буде допомогти абоненту встановити міжособистісні стосунки зі стабільною людиною.

#### Оцінка летальності

1. *Вік і стать.* Статистика та досвід доводять, що кількість самогубств підвищується з віком, а чоловіки частіше позбавляють себе життя, ніж жінки. В цілому, суїцидальні ідеї та поведінка більш притаманні чоловікам, ніж жінкам. Найбільш небезпечний випадок у чоловіка похилого віку, найменш небезпечний – у молодій жінки. Хоч жінки частіше роблять спроби самогубства, чоловіки частіше кінчають з життям. Співвідношення чоловічих та жіночих самогубств – приблизно 4/1.

Отже, суїцидальні загрози та спроби у чоловіків слід сприймати всерйоз. Пам'ятайте, чим старша людина, тим серйозніший її самодеструктивний потенціал. У чоловіків старше 50 років рідко бувають суїцидальні дії з нелетальним результатом. Чоловіки зазвичай скоюють суїцид за допомогою вогнепальної зброї, ріжучих предметів та сильних отруйних речовин. За контрастом: у групі молодих жінок від 15 до

35 років найбільша кількість нелетальних суїцидальних комунікацій і спроб і найменша кількість самогубств. Іншим фактором, що свідчить на користь низької небезпеки летального результату в жінок, є вибір засобів (наприклад, барбітурати, отрута тощо), а також їх величезне бажання повідомити, попросити про допомогу, прийняти її. У середньому та похилому віці серед жінок суїцидальні загрози стають серйознішими.

Вік і стать, таким чином, є основою для оцінки суїцидальної ситуації, але у кожному випадку є свої індивідуальні особливості.

У *підліткових суїцидах* можна виділити такі категорії:

а) сигнал дистресу («приділіть мені увагу, я дуже потребую вашої допомоги»);

б) спроба маніпулювати іншими (десятирічна дівчинка може прийняти велику дозу таблеток, щоб змусити свого хлопця повернутись до неї);

в) спроба покарати інших (можливо, сказати батькам: «Ви пожалкуєте, коли я помру»);

г) маніфестація розумового розладу; спроба відновити контакт із коханою людиною, яка померла; реакція на відмову; в результаті занадто сильного почуття сорому та провини; уникнення зіткнення із занадто болісною ситуацією; ЛСД або інші наркотики, що можуть спричинити переживання та галюцинації, які призводять до спроб самогубства серед підлітків.

Було б нерозумно віднести перелічені категорії тільки до підлітків. Багато категорій можуть бути присутні і серед дорослих, і навіть у похилому віці. У молодому віці поразки мають діловий, шлюбний або романтичний характер і виражають втрату або відмежування. Втрата (за типом розлучення, перерваних стосунків, звільнення з роботи, розорення, смерті у родині) зазвичай має характер градуальної (поступової) або раптової події, яка провокує суїцидальну поведінку. Серед абонентів цієї вікової групи ви можете зіткнутись з втратою коханої людини або важливими фінансовими втратами. Як група, молоді люди схильні до депресії. Вам потрібно визначити, наскільки занурений у депресію ваш абонент. Ступінь депресії часто є інформативним показником серйозності суїцидальної загрози. Депресія може призвести до втрати фізичної сили та привабливості, головного болю, абдомінального дистресу, втрати сексуального інтересу, втрати апетиту та ваги, можуть бути вербалізовані скарги на безсоння, загальну втрату інтересу, відчуття нещастя, втрату цінностей, відчай та соціальну ізоляцію. Професійні та

шлюбні невдачі можуть бути не помічені іншими, і тоді самогубство здається єдиним можливим виходом.

У *похилому віці* абоненти часто стикаються з ще одним блоком проблем. Це можуть бути самотні люди, відділені від сім'ї та друзів смертю та / або відстанню. Вони можуть бути пригнічені хронічними хворобами та втратою самооцінки. Дослідження довели, що найбільша кількість самогубств припадає на вік 40–65 років. У випадку абонентів похилого віку (як і з іншими) ви повинні не тільки зібрати основну інформацію про суїцидальні ідеї та поведінку, а й дозволити абоненту обговорити два почуття – фрустрації та злості, які привели до рішення покінчити з життям. Каналізуючи самодеструктивні почуття, абонент має можливість відновити відчуття стабільності.

2. *Проблема раптового стресу.* Інформацію про проблему або подію, що відбулась, можна отримати з відповідей на запитання типу: «Чому ви дзвоните у цей час?» Типовими раптовими подіями є втрати, такі як смерть близької людини, розлучення або розлука, втрата роботи, грошей, престижу або статусу, втрата здоров'я через невдалу операцію або нещасний випадок, загроза звинувачення, покарання або викриття тощо.

Іноді підвищення тривожності та напруження є наслідком успіхів, таких як просування по службі або підвищення відповідальності. Стрес, який виникає внаслідок раптової події, повинен бути оцінений тільки з погляду абонента, але ніяк не консультанта або суспільства. Те, що ви вважаєте невеликою невдачею, може переживатись абонентом дуже важко. Багато спроб суїциду, особливо серед молодих людей, відбуваються внаслідок розлуки з чоловіком (дружиною) або близькою коханою людиною. За таких обставин самодеструктивна поведінка часто засновується на амбівалентних почуттях. Бажання вмерти співвідноситься із бажанням жити, бути звільненим та возз'єднаним із коханим. Часто такі суїцидальні спроби виявляються успішними як форма адаптаційної поведінки, за допомогою якої повертають кохану людину. З іншого боку, багато з них завершуються смертю, смерть перемагає.

3. *План суїциду* – можливо, найважливіший критерій летальності. Розглядаючи план суїциду, варто враховувати три такі елементи:

- летальність плану, що викладається;
- доступність засобів;
- міру специфічності деталей.

В основному, специфічний вибір часу, місця та методу самогубства, що планується, є серйозним показником. Проте якщо методом є

застосування аспірину, то небезпека тут мінімальна, адже летальність значно знижена. За контрастом, людину, в якій є зброя, і план, спрямований проти себе, слід розглядати як об'єкт, що потребує негайного втручання, якщо не стосовно неї самої, то, щонайменше, стосовно ізоляції зброї. Зазвичай ідеї стрибнути з високого місця варто розглядати серйозніше. Ви можете отримати більше інформації про абонента, який погрожує самогубством, у такий спосіб: «Де ви знаходитесь? Звідки ви збираєтесь стрибнути?» Якщо абонент показує значну кількість специфічних деталей, тобто він витратив час і зробив усю підготовку (збирання таблеток, підготовка мемуарів, придбання зброї), серйозність загрози суїциду різко зростає. Іншим фактором, що збільшує загрозу суїцидального плану, є вочевидь ексцентричні деталі. Оцінка такого плану дуже залежить від психіатричного діагнозу абонента. Психотик з ідеєю суїциду завжди має високий відсоток ризику та багато вигадливих спроб у результаті психотичної спрямованості.

4. *Почуття.* Абонент може демонструвати почуття провини, неадекватності, втрати цінностей та сильні тривожність і напруження. Лють, злість, жорстокість та помста низько котируються за нашою шкалою, адже ці почуття можуть зазвичай розсіюватись у процесі діалогу. Якщо вони виражаються без надмірної зняковитості, констатується лише помірний небезпека. Тут ще присутні воля та дух. Сором, провина, розгубленість тощо повинні уважно оцінюватись за своєю важливістю у житті абонента.

Серйозні суїцидальні ідеї зазвичай пов'язані з почуттями безпорадності, безнадії та краху. Те, що може здатись вам неважливим, можливо, вкрай важливе для абонента. Вам варто висловлювати свої судження лише у тому випадку, якщо абонент утратив контроль та не може міркувати сам. Це повинно засновуватись на головному змісті діалогу. Якщо абонент відчуває, що більше немає смислу боротись із життям, він готовий відмовитись від боротьби. Майбутнє абонента засноване на його власній оцінці своїх почуттів. Вам варто спробувати змінити цю оцінку.

5. *Симптоми.* Суїцидальні симптоми проявляються у різних психологічних станах. Найзагальнішими є депресія, психоз та тривога. Відомості про важку депресію можна отримати за допомогою розпитувань про порушення сну, втрату апетиту, ваги, соціальну ізоляцію, апатію, зневіру, сильні почуття безпорадності та безнадії, відчуття фізичного та психологічного виснаження. Психотичні стани характеризуються маніями, галюцинаціями, втратою контакту, дезорієнтацією, дуже незви-

чайними ідеями та експериментами. Важливим є стан тривожної депресії, при якій абонент відчуває свою неспроможність подолати гнітюче почуття тривоги. Він демонструє напругу, страхи, втому та важкість мовлення.

Суїцидальна людина відчуває необхідність діяти у цьому напрямку, аби позбутись власних почуттів. Загроза суїциду зростає серед алкоголіків, гомосексуалістів та наркоманів. Медична ситуація суїцидального абонента може дати важливу додаткову інформацію для оцінки летальності. Наприклад, суїцидальний абонент може страждати на виснажливу хронічну хворобу, що внесла помітні зміни у його бачення себе.

Для абонента з хронічним захворюванням стосунки з лікарем, родиною або у лікарні можуть бути найважливішими. Якщо абонент продовжує бачити в них джерела допомоги – це добрий знак. Абонент може страждати через таємні страхи фатальної хвороби, такої як рак або захворювання мозку, і бачити звільнення у смерті. Тут може опинитись історія про низку невдач при зверненні до лікарів або про крах попередньої терапії. Це важливі симптоми, адже джерела допомоги у значущих інших або у лікарів виявляються для абонента вичерпаними.

6. *Ресурси.* Часто ресурси, що оточують абонента, виявляються вирішальними у визначенні того, чи буде він жити. Вам варто розпитати його про засоби, які він може застосувати, щоб підтримати себе у ситуації жорстокої суїцидальної кризи. Ці ресурси може надати родина, близькі друзі, лікарі або священники. Чи є такі рідні? Чи існує історія єднання із чоловіком або дружиною? Або, навпаки, історія нестабільності? Постійні амбівалентні стосунки? Самотність? Розчарування?

Фінансові ресурси теж потрібно розглянути. Нещодавня втрата роботи або порушення фінансового статусу можуть виявитись травматичною втратою для певного типу людей, особливо чоловіків середнього віку та ділових жінок.

Абоненти, історія життя яких є саморуйнування (нестабільні внутрішньособистісні стосунки, алкоголізм, сильна залежність) часто досягають кризи у 40–50 років, коли розуміють, що виснажились як у фінансовому, так і в емоційному плані. Вони є, так би мовити, емоційними банкрутами. Після багатьох спроб суїцидальних дій така людина може, нарешті, скоїти реальний суїцид.

Іншим джерелом суїцидального наміру може виявитись робота абонента, особливо якщо вона пов'язана з його або її самооцінкою та значущими стосунками. Сюди ж належить і фінансовий статус, що

може вплинути на доступність та локалізацію негайної фізичної та психологічної допомоги. Основним принципом, як правило, є факт, що і для вас, і для суїцидального абонента буде краще, якщо відповідальність за нього буде поділена між якомога більшою кількістю людей. Це дає абоненту відчуття потрібності, того, що інші цікавляться ним або нею і готові допомогти.

Іноді абонент та його родина намагаються зберегти суїцидальну ситуацію у таємниці, або навіть відмовити їй в існуванні. Зазвичай цю спробу скритності або заборони слід нейтралізувати та подивитись на ситуацію чесно і відкрито.

Коли ресурсів немає, ситуація дуже ускладнюється. Те ж саме можна сказати, коли ресурси доступні, але вичерпані або озлоблені, тобто коли друзі та родина відвернулись і зараз відмовляються від зв'язку із суїцидальною людиною. Проте у більшості випадків люди відгукуються на кризу та готові надати допомогу, якщо це можливо.

7. *Ставлення до життя.* Для вас повинно бути очевидним, що людині, яка любить життя, не притаманний високий ризик суїциду. Якщо для абонента є причини померти, важливо знати, чи є в нього причини жити, що більші за це бажання? Дуже важливо оцінити ці причини. Вміння консультанта виявляються в здатності змінити бачення абонента від відсутності до наявності причин жити. Треба вивчити почуття абонента, щоб визначити його ставлення до життя та спробувати його змінити.

8. *Реакції значущих інших.* Рідко можна зустріти абонента, в якого не було б нікого значущого у житті. Це хтось, із ким абонент перебуває у тісних стосунках – член родини, друг, священник, лікар тощо. Стосунки між ними та реакція цієї людини на ситуацію дуже важливі для оцінки серйозності загрози суїциду. Значуща інша людина може бути оцінена консультантом як не потрібна (або навіть шкідлива) і не спроможна надати допомогу абоненту, або вона може виявитись важливим та корисним джерелом допомоги. Некорисна значуща інша людина або відмовляється від суїцидента, або заперечує для себе суїцидальну поведінку – як фізично, так і психологічно уникає спілкування. Значущий інший може висувати все більші вимоги, наполягати на задоволенні потреби у залежності тощо. Ви можете відчути, що значущий інший не знає, яким буде наступний крок, і відмовляється брати участь у ситуації. Така реакція безнадії передає суїциденту почуття, що допомога недоступна із джерел, які були раніше важливими, отже, відчуття безнадії у самого абонента тільки посилюється.

Корисною реакцією значущого іншого буде така, коли він знає про суїцидальне звернення, знає проблему, з якою має справу, і намагається допомогти абоненту. Це продемонструє абоненту, що його звернення почуте і що хтось намагається йому допомогти.

9. *Сили.* Дуже важливо бачити сили абонента, якими вони є, щоб оцінити патологічні аспекти ситуації. Можливо, абонент уже робив спроби власноруч опанувати проблему, що була причиною стресу.

Спроби знайти вихід із проблемної ситуації повинні робити обоє – абонент і консультант. Якщо абонент вважає, що його проблема не може бути вирішена, тоді він шукає допомоги. Одним із показників важливих внутрішніх сил може бути реакція абонента на ваші перші спроби розібратись у ситуації. Якщо абонент здатний допомогти вам – це добрий знак. Поліпшення настрою або роздуми під час бесіди – добрий знак, що свідчить про спроможність абонента прийняти допомогу, яка пропонується...

**Якщо це суїцид, який прогресує:**

- спитайте, чи є біля нього ще хто-небудь;
- спостерігайте за енергетичним рівнем (не «падайте» разом з абонентом);
- уважно збирайте інформацію, не закидайте абонента запитаннями;
- якщо є зброя, дізнайтесь про її вид, розташування, якщо таблетки – скільки;
- спитайте про алкоголь, якщо уживався;
- не давайте заснути, лягти;
- спитайте: «Яка частина вас хоче жити?»
- спитайте: «Що ви хочете сказати своєю смертю? Кому?»...

**Консультування кризових абонентів.** Три якості, що, на нашу думку, можуть стати найважливішими фактами визначення ефективності консультування, такі:

1. Повага: ставтеся до абонента як до нормальної людини.
2. Добродушність: консультант повинен бути конгруентним.
3. Емпатія: здатність достовірно приймати клієнта та повертати це розуміння (розуміння не тільки самої історії, а й почуттів). Іншими словами, ви повинні вміти стати на позицію клієнта.

*Чотири стадії кризової терапії.* Стадії кризової терапії визначаються тією метою, на досягнення якої спрямовані. Абоненти можуть потребувати різних цілей у різний час, і тому ми повинні плавно переходити з однієї на іншу і повертатись, якщо це потрібно. Деякі абонен-

ти можуть одразу «перестрибнути» через дві стадії, якщо вони просто шукають альтернативи своїй проблемі, яку вже усвідомили, або якщо вибір вже зроблено. Єдина стадія, якої обов'язково потрібно досягнути, – це прийняття рішення. Будьте гнучкими у своїй поведінці, якщо ви вибрали цю модель.

*Стадія 1. Прийняття.* Ця стадія спрямована на встановлення контакту з клієнтом. На початку бесіди абонент може перебувати у нерішучості, пов'язаній із тривогою, гнівом, сумом, сумнівами, почуттям провини. Якщо абонент потребує заспокоєння, ви можете затриматись на цій стадії. Вам необхідно:

- підтримувати мінімальний контакт (так, хм-хм, добре);
- заспокоїти (я з вами, я вас слухаю, як сумно);
- слухати (використовуючи ті ж самі слова, парафраз, нові слова, нові смисли);
- узагальнювати (рефлексувати ваші здогадки або сприйняття почуттів, що не виражаються відкрито або приховані у словах).

*Стадія 2. Проблема.* Завдання стадії – допомогти абоненту у визначенні та проясненні проблеми або конфлікту, пов'язаного з проблемою. Конфлікт може мати багато причин: реальність проти зобов'язань або бажань, безпечність спокою проти небезпечності руху, зміни, мої бажання проти ваших тощо. Якщо ви намагаєтесь визначити проблему, фокусування може змінюватись: зазвичай у таких випадках почуття клієнта стають більш щирими і запитання допомагають прояснити ситуацію. Проте наприкінці клієнт повинен сам визначити свою проблему.

Потрібно застосовувати закриті запитання (використовуються у критичних випадках для збирання важливої інформації), відкриті (починаються зі слів «що, де, як, коли»), проміжні відповіді (потрібно зупинитись і сконцентруватись у розмові на найважливішій та найбільш специфічній інформації), парафраз (узагальнюйте все сказане так, щоб вам обом було легше сконцентруватись на головному).

*Стадія 3. Альтернативи.* Завдання стадії – полегшити клієнту дослідження можливих альтернатив та їх наслідки. Дуже важливо пам'ятати, що ми не маємо всіх відповідей та не можемо дозволити іншим говорити, як їм будувати своє життя. Право на рішення належить клієнту. Консультант підводить абонента до проблеми з його власними силами та ресурсами. Якщо клієнт вирішує цю проблему, більш імовірно, що наступну кризову ситуацію він опанує сам. Потрібні:

- навідні запитання, що допускають припущення (Хто міг би вам допомогти у цей складний час?)

▫ минулий досвід (Як це відбувалось раніше? Це траплялось із кимось, кого ви знали? І що вони робили?);

▫ творча уява та причинні запитання, що могли б допомогти відволіктись (Якби у вас з'явилась можливість загадати одне бажання, що б ви хотіли змінити?);

▫ оцінка допоміжних систем: тривалий час абонент мав допоміжні системи, які тепер неефективні та важкодоступні. Консультант пропонує нові альтернативи. Поставтесь до цього творчо. Навіть безглузді ідеї можуть допомогти позбавитись звичного способу мислення, тим більше, добре почуття гумору. Будьте вільнішими у різних стилях спілкування – зазвичай це добре допомагає, коли ви висловлюєте якесь судження.

Консультант пояснює наслідки альтернатив: як ви вважаєте, що відбудеться, коли ви вдієте так? Що б вони відчули? Що найгірше (найкраще) може відбутись? Це великий ризик? Зауважте, що кожне рішення несе у собі долю ризику, і що відмова від рішення – це також рішення.

Абонент розвиває план своїх дій. Ця частина необов'язкова, якщо становище не таке критичне, як шок, травма, сильна депресія та / або суїцид. (Що ви збираєтесь вдіяти зараз? Коли ви подзвонили, що ви збирались робити у першу чергу?)

*Стадія 4. Прийняття рішення.* Завдання цієї стадії – підвести до завершення розмови. Рішення приходить, коли абонент відчуває, що криза перетворилась на проблему, яку можна регулювати. Якщо криза має тривалий характер, як, наприклад, переживання смерті коханої людини, то консультант повинен залишити можливість для повторного звернення, при цьому переконуючи звернутись за допомогою до інших допоміжних систем (друзі, родина, психотерапія). Консультант повинен підтримувати сили самого абонента. Абонент повинен підійти до проблеми зі своїми власними силами та відчути себе над ситуацією, будучи готовим продовжувати власне життя. «Для того, щоб подзвонити, потрібна мужність. Ви насправді намагаєтесь вирішити цю ситуацію. Я вважаю, ви зробите це прекрасно».

Оцінюйте ваше спілкування. «Що ви думаєте про той час, який ми провели разом?» Завершуйте спілкування, коли хоча б в одного з вас – абонента або консультанта – виникло почуття завершеності цілого смислового шматка. (Я можу ще чимось допомогти? Ви хотіли б ще чимось поділитись? Ми вимушені незабаром закінчити (через 5 хвилин тощо). Як би ви хотіли використати ці 5 хвилин?)

### Завдання для самоконтролю до розділу «Психологія суїцидальної поведінки. Психологічна допомога суїцидентам. Превенція суїцидів» та додатка 8

*1. Виберіть правильну(-і) відповідь(-і) до наведених нижче питань.*

1. Визначте з перелічених нижче культуру, в якій ставлення до суїциду було різко негативним:

- а) стародавня Японія;
- б) стародавня Індія;
- в) православна Русь;
- г) скандинавські племена.

2. Готовність сприйняти та розцінити ситуацію як суїцидогенну залежить від:

- а) аналітичних здібностей;
- б) особистісних настанов та цінностей;
- в) усталених форм реагування на подразники навколишнього світу;
- г) наявності у людини фізичних дефектів.

3. Дослідження демонструють, що:

- а) чоловіки втричі частіше скоюють спроби самогубства і в 4–5 разів частіше доводять свій намір до кінця, ніж жінки;
- б) жінки втричі частіше скоюють спроби самогубства, проте чоловіки у 4–5 разів частіше доводять свій намір до кінця;
- в) чоловіки втричі частіше скоюють спроби самогубства, проте жінки в 4–5 разів частіше доводять свій намір до кінця;
- г) жінки втричі частіше скоюють спроби самогубства і в 4–5 разів частіше доводять свій намір до кінця, ніж чоловіки.

4. Серед наведених прикладів виберіть опис людини, яка з найбільшою вірогідністю може позбавити себе життя у відповідь на критичну ситуацію:

- а) ув'язнений 40 років, зловживає алкоголем, у тюрмі пережив епізод сексуального насильства;
- б) юнак 22 років, ветеран локальної війни, що страждає через складнощі з професійним самовизначенням;
- в) одружена жінка 62 років, яка нещодавно втратила старшого сина 41 року;
- г) дівчина 31 року гомосексуальної орієнтації, яка перебуває в епіцентрі переживання «coming out».



**ЧАСТИНА III**  
**КРИЗИ, ВИКЛИКАНІ ЗОВНІШНІМИ ЧИННИКАМИ**

*II. Виконайте дію співвіднесення.*

1. Основні тенденції, що характеризують прояв феномену суїциду у світі;	а) середовища; особистісні та психопатологічні (за наявності психічних розладів);
2. Танатос;	б) постійне зростання кількості; кількість суїцидів серед душевнохворих – не більше третини;
3. Загальний стан психіки як ознака самогубства;	в) звуження когнітивної сфери;
4. Метод психологічної автопсії;	г) аналіз записок самогубців;
5. Фактори, що визначають суїцидальну поведінку;	д) (у психоаналізі): деструктивні, саморуйнівні тенденції.

*III. Поставте напроти твердження «П», якщо вважаєте його правильним та психологічно обґрунтованим, або «Н», якщо – ні.*

1. Інтернет-спілкування однозначно сприяє меншій суїцидальній активності серед підлітків.

2. Якщо людина прийняла рішення покінчити з життям, зупинити її неможливо.

3. Більшість суїцидальних спроб здійснюються психічно здоровими людьми.

4. Самогубство не завжди здійснюється імпульсивно, інколи його планують роками.

5. Дитячого суїциду не існує: вдаватись до суїцидальних дій можуть лише дорослі.

6. Суїцидентам завжди притаманні ознаки соціально-психологічної дезадаптації – парціальної або тотальної.

IV. У роботі Л. М. Юр'євої «Кризові стани» (Юр'єва, 1999) прогностичні критерії суїцидального ризику розподілені на санкціонуючі та лімітуючі. *Уважно прочитайте перелік наведених нижче ознак та поставте літеру «С» напроти тих, що, на вашу думку, свідчать про більшу можливість скоєння самогубства, та «Л» – напроти інших.*

Назва ознаки	Санкціонує чи лімітуюча?	
1. Вік	Підлітковий, похилий	Дитячий, до 40 років
2. Стать	Чоловіча	Жіноча
3. Соціально-економічний стан	Періоди економічної депресії, зміна соціокультурної мотивації, еміграція	Період війни, революції

**Розділ 8. Психологія суїцидальної поведінки.**  
**Психологічна допомога суїцидентам. Превенція суїцидів**

Назва ознаки	Санкціонує чи лімітуюча?	
4. Фізичне здоров'я	Задовільне	Наявність хронічних хвороб, що ведуть до інвалідизації або смерті
5. Суїцидальна поведінка у минулому	Не було	Була
6. Лікування у психіатричній лікарні	Так	Ні

**Бібліографічний список**

1. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения / А. Г. Амбрумова. – М., 1980. – 48 с.

2. Амбрумова А. Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 40–52.

3. Бебчук М. А. Роль семьи в формировании и динамике суицидального поведения у детей и подростков [Электронный ресурс] / М. А. Бебчук, А. Р. Салихова. – Режим доступа: [http://www.familyland.ru/library/sciencearticle/sciencearticle\\_64.html](http://www.familyland.ru/library/sciencearticle/sciencearticle_64.html). – Загол. с экрана.

4. Вроно Е. М. Суицидология в России / Е. М. Вроно // Вестн. психосоц. и коррекционно-реабилитационной работы. – 1996. – № 1. – С. 75–81.

5. Дюркгейм Э. Самоубийство / Эмиль Дюркгейм. – М. : Союз, 1998. – 496 с.

6. Иванов Д. А. К вопросу о превентивной суицидологической службе / Д. А. Иванов // Соционика, ментология и психология личности. – 2000. – № 2. – С. 41–47.

7. Ким Ю. Уходящие сами: чаще это подростки, пенсионеры и преступники [Электронный ресурс] / Ю. Ким // Еженедельник 2000. – 2004. – № 31-32 (230). – Режим доступа: <http://news2000.org.ua/print?a=paper/17469>. – Загл. с экрана.

8. Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков / Т. В. Кондрашенко. – Мн. : Беларусь, 1988. – 207 с.

9. Конончук Н. В. О психологическом смысле суицидов / Н. В. Конончук // Психологич. журн. – 1989. – Т. 10. – № 5. – С. 95–102.

10. Лаврин А. Хроники Харона. Энциклопедия смерти / А. Лаврин. – М. : Москов. рабочий, 1993. – 511 с.

11. Львова Л. В. «Никого не винить, я сам» [Электронный ресурс] / Л. В. Львова. – Режим доступа: [http://www.provisor.com.ua/archive/2002/N3/art\\_15.htm](http://www.provisor.com.ua/archive/2002/N3/art_15.htm). – Загл. с экрана.
12. Мартыненко А. В. Суицид в молодежной среде / А. В. Мартыненко // Энциклопедия гуманитарных наук. – 2005. – № 1. – С. 139–141.
13. Орел М. Смерть як єдина доцільність: суїцид править бал / М. Орел // Україна молода. – 2001. – № 91(23 травня). – С. 11.
14. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. Всемирная организация здравоохранения. – М. : WHO, 2006. – 30 с.
15. Пурло Е. Ю. Опыт применения интегративной психотерапии как способ превенции суицида / Е. Ю. Пурло // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 5. – С. 31-42.
16. Рецессионный суицид [Электронный ресурс] // Washington Profile. – Режим доступа: <http://www.washprofile.org/ru/node/8529>. – Загл. с экрана.
17. Руководство по телефонному консультированию. Работа с суицидом и кризисом / Под ред. А. Зуевой, Е. Лешуковой, Т. Лепеха. – М. : НПО “ЭГОС”, 1994. – 22 с.
18. Сидоренко Е. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру / Е. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2002. – 348 с.
19. Скаковська Л. Практичному психологу – про суїцид / Л. Скаковська // Психолог. – 2004. – № 23–24. – С. 61–63.
20. Сорокин И. А. Самоубийство как общественное явление / И. А. Сорокин // Социологич. исследов. – 2003. – № 2. – С. 104–114.
21. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-центр, 2005. – 376 с.
22. Суициды как крайняя форма отклоняющегося поведения // Психология и педагогика: Учеб. пособие / Под ред. К. А. Абульхановой, Н. В. Васиной, Л. Г. Лаптева, В. А. Слостенина. – М., 1998. – С. 283–294.
23. Тюріна В. О. Причини самогубств дітей і підлітків / В. О. Тюріна // Педагогіка і психологія. – 1998. – № 2. – С. 53–60.
24. Фрейд З. Мы и смерть / Зигмунд Фрейд // Танатология (учение о смерти) / Под ред. С. Рязанцева. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 1994. – С. 13–25.
25. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа: Сборник / Зигмунд Фрейд. – СПб. : Алетейя, 1998. – С. 211–231.

26. Хамфри Д. Когда суицид рационален / Д. Хамфри // Человек. – 1992. – № 6. – С. 30–40.
27. Чудакова О. Феномен суїциду / О. Чудакова // Соц. психологія. – 2003. – № 2. – С. 134–142.
28. Шестопалова Л. Суїцид в Україні та Росії: порівняльний аналіз / Л. Шестопалова // Право України. – 2000. – № 8. – С. 103–107.
29. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. – М. : Смысл, 2001. – 316 с.
30. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Д. : Арт-Пресс, 1999. – 164 с.
31. Grollman E. A. Suicide: Prevention, Intervention, Postvention / E. A. Grollman. – Boston, Massachusetts : Beacon Press, 1988. – 160 p.

### Ресурси мережі Інтернет

1. Ты победишь! Жизнь – война, суицид – дезертирство [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pobedish.ru>. – Загл. с экрана.
2. Encyclopedia of Death and Dying [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.deathreference.com>. – Загл. с экрана.
3. The Pages of Pain [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pagesofpain.com>. – Загл. с экрана.

## Частина IV

# КРИЗИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

## Розділ 9. КРИЗИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

*Професійне вигорання. Професійний успіх як криза. Психологія безробіття.*

Існує багато визначень поняття «burnout». У найзагальнішому вигляді це – виснаження енергії у професіоналів сфери соціальної допомоги, коли вони відчують себе перевантаженими проблемами інших. Таке явище часто супроводжується настановою: «Навіщо турбуватись? Це не має жодного значення». Спеціалістам у галузі кадрового менеджменту слід розуміти, що коли працівник з певної причини вигорає, він стає неефективним у своїх цілях та діях. Емоційне вигорання як частина професійного вигорання найбільше притаманне представникам соціальних, зокрема, підтримувальних професій: міліціантам, лікарям та медсестрам, соціальним працівникам тощо.

Основоположник ідеї вигорання, Кристина Маслач, визначає його як *синдром фізичного та емоційного виснаження, що супроводжується розвитком негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втратою розуміння та співчуття стосовно клієнтів*. Інше визначення цього ж явища – емоційне виснаження, яке виникає на тлі стресу, спричиненого міжособистісним спілкуванням (Пайнс, 2001). Дослідники вважають, що вигорання – це застій через нестачу сил, розуміння, що незалежно від того, що ви робите або які спроби здійснюєте, ви не можете змінити ситуацію. Недарма частим синонімом цього терміну в літературі є *професійний аутизм*.

Окрім представників підтримувальних професій, які більше за інших перебувають під ризиком вигорання, варто згадати працівників ка-

тегорії А, тобто трудоголіків, які є у будь-якій компанії і яким також сильно загрожує вигорання. Дослідження доводять, що 20 % працівників, які належать до категорії трудоголіків або «зірок», виконують 80 % усього обсягу роботи, а тому, безумовно, дуже цінні для своїх роботодавців. Небезпека для швидкого старту молодих талантів – «зіркова хвороба». Людина втрачає адекватність самооцінки, починає виходити за рамки правил і регламентів, що існують у компанії, порушує принципи субординації або накопичує образи на керівництво. Такі люди можуть демонструвати скепсис стосовно всього, що відбувається, епатажну «втому» або розчарування. «Зірки» спроможні підірвати статус керівництва не тільки висловлюваннями, а й діями.

*Симптоми професійного вигорання* численні і поділяються на фізичні, поведінкові та психологічні (останні два інколи описуються як єдина група). Деякі з фізіологічних симптомів – утома, виснаження, сприйнятливність до змін показників зовнішнього середовища, астенізація, часті головні болі, розлади шлунково-кишкового тракту, надлишок або нестача ваги, задишка, безсоння.

Зупинимось докладніше на психологічних симптомах. Про професійне вигорання можуть свідчити такі явища.

1. Переживання «незрозумілих» негативних почуттів. Людина може переживати невизначене почуття, ніби щось не так (почуття неусвідомленого неспокою), часте почуття нудьги, образи, провини, розчарування, гніву.

2. Переформулювання образу професії у негативному ключі. Скажімо, професія медсестри вважається надмірно важкою; професія шкільного психолога – «безглуздою» тощо.

3. Сприйняття своїх обов'язків як важкої рутини. Робота стає все важчою, а спроможність виконувати її – все меншою. Людина рано приходить на роботу і залишається в офісі (школі, лікарні) допізна (і навпаки: приходить на роботу пізніше і прагне раніше піти додому), бере роботу додому на вечір та вихідні. Вона може стати драгівливою у зв'язку з виконуваними завданнями, відчувати неспроможність приймати рішення та ригідність або бути надмірно уважною до деталей та підозрілою.

4. Деструктивні зміни ставлення до клієнтів (пацієнтів, учнів тощо). Деформовані професіонали можуть, наприклад, відчувати всемогутність (владу над долею учня або пацієнта) або, навпаки, переживати катастрофічне зниження ентузіазму стосовно можливої допомоги клієнту. У зв'язку з почуттями несправедливості та незатребуванос-

ті, що відчуває професіонал, він може демонструвати дратівливість та агресію стосовно клієнтів (учнів, пацієнтів), які його не оцінили. Ще одна яскрава ознака – професійний цинізм, негативізм та песимізм.

*Причини та механізми професійного вигорання.* Якщо йдеться про працівників категорії А, найбільш цілеспрямованих, честолюбних, талановитих та розумних людей будь-якої організації, то, незважаючи на своє зіркове самовдоволення, вони часто дуже не впевнені у собі. Часто трудоголіки зростають у непростих умовах: в їхніх родинах не прийнято хвалити – тут тільки вимагають.

Скажімо, п'ятірки не викликають захвату у батьків. На будь-які досягнення дитини вони зазвичай реагують словами типу «ти можеш краще». Критичне ставлення дорослих означає, що треба постійно працювати заради недосяжної цілі. Анна Фройд установила, що у дітей, які зростали у такій атмосфері, формується надзвичайно вимогливе супер-Его. У дитинстві вони відчувають тиск з боку батьків-диктаторів, а зростаючи, самі постійно підганяють себе та інших. Намагаючись працювати якомога більше і краще, у будь-якій діяльності працівник класу А досягає досконалості (Фройд, 2008).

Люди цієї категорії майже болісно уважні до того, яким чином виставлена похвала на їх адресу. Така людина цілком і повністю зайнята своїми почуттями: усе своє дитинство вони вишукували щонайменше підтвердження того, що виправдали очікування своїх батьків.

Згадуючи теорію Альфреда Адлера про комплекс неповноцінності, на який ми всі страждаємо, і про непереборне прагнення до переваги над іншими, доходимо такого висновку: якщо нам вдається подолати почуття неповноцінності, ми живемо нормально. Але якщо вимогливі батьки заважають нам подолати його, розвивається нарцисичний комплекс, позбавитись якого дуже важко. Адлер уважав, що людина, яка страждає на манію величності або комплекс неповноцінності (що є двома сторонами однієї медалі), ніколи не заспокоїться на досягнутому, їй завжди буде мало. «Невдаха з манією величності» живе у постійному страху, що хтось перевершить та затьмарить його (Сидоренко, 2002).

Отже, у загальному вигляді причинами професійного вигорання можна вважати такі.

1. Досвід дитинства професіонала: вимогливі батьки, формування нарцисичного комплексу неповноцінності або переваги.

До цієї ж групи факторів належать особистісні характеристики професіонала: ригідність настанов, сенситивність стосовно думки ото-

чуючих, неадекватна самооцінка, надмірне прагнення досягти визнання та уваги тощо.

Численні дослідження свідчать, що вибір професії (а саме той варіант, коли вибір робиться «душею», усвідомлено) визначається особистісним профілем людини (Гінзбург, 1988; Хакімова, 2000). Наприклад, в актори йдуть люди демонстративні, які жадають визнання, в дитинстві яким часто притаманна ідентифікація як засіб психологічного захисту. Вчителі часто мають невирішені конфлікти між Батьківською та Дитячою частинами особистості, при цьому також жадають уваги, схвалення багатьма людьми, дуже нормативні у ціннісній сфері (згідно з дослідженнями студентів-магістрів ДНУ, 75 % випускників педагогічного училища, які навіть ще не працювали за спеціальністю, вже професійно деформовані (Крот, 2007). Неусвідомленість таких «незакритих гештальтів» призводить до того, що свої особистісні комплекси людина вирішує за рахунок пацієнтів, клієнтів, учнів тощо. Замисліть-ся: чому хірург іде працювати саме хірургом, а не водієм маршрутки? Нерозв'язані внутрішні конфлікти приводять до того, що людина вступає у неусвідомлену ігрову взаємодію, що має вельми негативні наслідки для її особистості.

До особистісних характеристик зірок входять також специфічні для них особливості комунікації. Працівникам категорії А, як правило, легко у спілкуванні з людьми, наділеними владними повноваженнями (що пояснюється їх дитячим прагненням ублажити суворих батьків), при цьому через свої глибокі комплекси вони вороже ставляться до тих, хто нижчий їх за рангом.

Суперзірки часто самі створюють собі проблеми у спілкуванні з підлеглими. Такий керівник дивиться на підлеглих із підозрою та презирством, чіпляється з будь-якого приводу, аби тільки покритикувати їх роботу. У відповідь співробітники починають захищатись, що тільки дратує його та змушує триматись ще більш зарозуміло – для нього це єдиний спосіб «не втратити обличчя» та не здатись слабаком.

2. Нестача контролю над навколишнім середовищем на роботі та відсутність чітких та реалістичних очікувань від співробітника стосовно виконуваних ним обов'язків разом із високою відповідальністю за його роботу. Що, наприклад, повинен зробити вчитель молодших класів? Який результат його діяльності? Які критерії успішності його роботи?

Адміністратори у приймальнях часто відчувають, що вони змушені мати справу з такою кількістю клієнтів, зазнавати так багато видів

тиску, слідувати такій великій кількості інструкцій, що їх контроль над власною організацією зводиться до мінімуму. Така ж нестача контролю може відчуватись і вчителем у класі з 35 активними дітьми.

Трудоголіків часто відрізняє абсолютне невміння вчасно зупинитись, обмежити себе жорсткими рамками. Невпевнені у собі працівники часто роблять більше, ніж від них чекають, адже звикли заради схвалення дуже високо ставити планку.

Іноді постійне перевиконання норми та непомірні навантаження відповідають корпоративній бізнес-моделі. Лідери серед юридичних фірм, консалтінгових компаній, інвестиційних банків можуть пропонувати своїм кращим працівникам високі заробітні плати та прекрасні перспективи в обмін на виснажливу роботу. Але в таких організаціях усі знають правила гри, а той, хто їх не приймає, залишає компанію. Саме тому тут працює професійна еліта. У цьому світі професіонал може спробувати райського життя, перш ніж відчує повну виснаженість. До того часу, як він згорить дотла, компанія встигне повністю використати його таланти та знання, а пізніше він залишить організацію, отримавши прекрасні рекомендації.

І все ж, у більшості компаній інша бізнес-модель, їм нелегко найняти та утримати професіоналів високого класу, без яких неможливо завоювати та утримати стійке положення на ринку. У таких компаніях заохочують готовність зірок брати на себе непомірну ношу, а невміння цих людей триматись у рамках розумного обертається проти них. Вони відчувають себе ображеними та залишають компанію, гучно грюкнувши дверима.

3. Професійна міфологія (містика). Наші культурні та суспільні сподівання полягають у тому, що як тільки людина закінчує навчання та отримує диплом, вона автоматично перетворюється на компетентного професіонала та набуває вміння подолати будь-яку проблему. Молоді професіонали, звичайно, і самі очікують від себе на таку компетентність. Вони відчувають себе неадекватними, коли зустрічаються з ситуаціями, до яких не були підготовлені.

Розглянемо випадок учителя початкової школи на першому році викладання. Він стверджує, що почав відчувати фрустрацію, тому що його учні не поділяли ентузіазму стосовно предмета; він утомився від спроб розбуркати їх цікавість. Він скаржився на неухважність учнів та дисциплінарні проблеми. Більш досвідчені колеги не хотіли давати йому поради або вислуховувати його скарги. У даній ситуації бачимо відбиття одразу двох із зазначених причин: відчутність контролю над

ситуацією та наявністю професійної міфології. Ця молода людина почувалась невдахою, адже виявилась погано підготовленою до тієї сторони своєї роботи, що пов'язана із стосунками між людьми. Вона відчувала свою некомпетентність – як наслідок, у неї виникли проблеми із шлунком, безсоння, подібні до реакцій на стрес. Нарешті молодий учитель вирішив повернутись до вишу, отримати ступінь та викладати на рівні коледжів. Він уважав, що там не буде таких проблем, як у школі. Можна припустити, чи зіткнеться він із подібними питаннями в університеті.

4. Закріплене за образом професії неуважне ставлення до власних негативних почуттів та переживань. Вважається, що люди, які працюють у сфері надання «безперспективної допомоги», не будуть втомлюватись від клієнтів, не ненавидітимуть деяких із своїх колег, або не турбуватимуться про них, не кажучи вже про вираження цих почуттів. Дискомфорт і розчарування можуть бути дуже високими, але хороша медсестра повинна залишатись тихою та лагідною. Ця тема є табу, а оскільки її приховують, здійснюється дуже мало спроб зрозуміти, що ж насправді відбувається з професіоналами. Коли вони повідомляють супервізорам або керівникам про проблеми, які переживають, часто отримують відповідь «тримайся», що зводиться до запитання: «У чому справа, хіба ви не можете це прийняти?» Як результат, багато професіоналів натягають маску спокійної та впевненої у собі людини, щоб приховати справжні страхи та почуття. Тривала терпимість, що здається людиною нестерпною, призводить її до фізичного та емоційного виснаження.

5. Диспозиційні очікування від особистості професіонала: тенденція професіоналів узагалі та критиків професій, пов'язаних із допомогою людям, зокрема розглядати проблему можливих негативних емоцій робітника як проблему «поганих» людей. Основний недолік психіатрів, міліціантів, соціальних працівників полягає в тому, що це особливий тип людей – черствих та безсердечних. Потрібно бути трішки ненормальним, щоб працювати психіатром; чого можна очікувати від міліції – всі вони, так або інакше, садисти. І професіонали у сфері допомоги часто відчувають те ж саме стосовно самих себе.

**Превенція та робота з професійним вигоранням.** Виокремлюють декілька основних шляхів роботи з професійним вигоранням. Нижче наведено ті, що більше пов'язані з роботою психолога, але буде приділено увагу і тому, що лежить у сфері відповідальності самого спеціаліста.

1. Зміни в умовах роботи спеціаліста. Цей напрямок роботи психолога пов'язаний із декількома способами впливу на працівника під ризиком професійного вигорання.

а) Йдеться про вдосконалення здатностей приймання та переробки інформації, пов'язаної з іншою людиною. Це може бути психологічне відсторонення від кривдника, яке полягає у створенні фізичної дистанції, менш особистісному спілкуванні, коротких перервах. При отриманні запиту у зв'язку із симптомами вигорання доречно відправити робітника на тренінг з емоційного менеджменту. Такі тренінги обов'язкові на регулярній основі як частина корпоративного навчання персоналу.

б) Вкрай важливо в організації трудової діяльності окреслити чіткі та зрозумілі рамки виконуваної роботи та прозорі критерії визначення ступеня її успішності. У випадку трудоголіків, це може бути складання чіткого бізнес-плану, структурування виконуваних проектів та обов'язкове з'ясування системи бонусів за добре виконану роботу. Керівництво повинне пояснити підлеглому, що не хоче, аби той «зірвався».

в) Важливо створити такі умови, щоб співробітники взаємодіяли між собою для досягнення поставлених цілей. Робота у команді – запорука більш рівномірного розподілу навантаження і використання соціальної підтримки як потужного ресурсу подолання стресу.

Суперзіркам, не привченим працювати у команді, варто нагадувати про помилки інших зіркових особистостей, які через невміння враховувати думку колективу майже згубили свою кар'єру (деякі компанії з цією метою використовують корпоративні «збірники повчальних історій»). Отже, можна буде продемонструвати їм зворотний бік їхньої самовпевненості. Не треба обговорювати недоліки зірки прилюдно: вона може відчувати себе ще більш невпевненою. Можна дати зірці роль наставника або тренера, у такий спосіб вона буде зведена у вищий ранг і змушена знаходити спільну мову з новачками. На цьому потрібно неодноразово зауважувати: якщо з людини вийшов гарний наставник, її шанси на просування зростають.

г) Керівництву, як і HR-спеціалістам, важливо не скупитись на похвалу та правильний зворотний зв'язок. У випадку із зірками треба пам'ятати, що на певній стадії свого розвитку вони не отримали «потрібну порцію» похвали і їм важко віднести виказане схвалювання на свій рахунок. Вони жадають детальних, розгорнутих компліментів, а тому важливо знайти слова для кожного працівника, персоналізувати похвалу, але при цьому бути щирим і уникати перебільшень. Важливо, *що і коли* говориться, потрібно хвалити саме ті унікальні здібності працівника, якими він особливо пишається.

Важливо дозволяти своїм співробітникам перемагати. Спілкуватись із людьми, щедро наділеними талантом, розумом та уявою, і не заздрити

їм – не кожному по плечу. Не можна думати, що генію все може вибачитися: в компанії є керівник, який визначає загальну стратегію команди та стежить за тим, щоб кожний вносив свій вклад у спільну справу. Найкращі спортивні тренери, наприклад, часто поступаються своїм зіркам у дрібницях, а ті вдячно беззаперечно слідують стратегії генія.

Якщо керівник підбере ключик до своїх геніїв, вони віддячать добром: за ними у компанію прийдуть інші талановиті люди, вони стануть її найкращим брендом та прославлять її.

2. Зміна настанов на системи пріоритетів спеціаліста. Після напруженого робочого дня працівник зазвичай відчуває потребу уникнути спілкування з клієнтами та пацієнтами, аби відновити цільність своєї особистості. Неправильно, якщо таке уникання реалізується за рахунок родини та близьких людей. Тоді вони автоматично стають буфером для пом'якшення негативних емоцій, отриманих у професійній діяльності. Отже, необхідно забезпечити можливість викиду та реалізації негативних емоцій, сфери докладання накопиченої агресії та драгтивності.

Важливе розмежування роботи та іншого, приватного життя. Для психологічного здоров'я працівника абсолютно необхідно не поширювати роботу на домашнє життя. Активність, не пов'язана з роботою, може сприяти зниженню тривожності та послабити ступінь її впливу на працівника.

Звертають на себе увагу методи для прояснення власних настанов професіонала щодо взаємодії в умовах роботи. Чого людина очікує від себе та оточуючих? Індивід з орієнтацією на накопичення, отримання або експлуатацію (тобто людина типу торговця), віддаючи, почуватиметься у результаті спустошеною. Але для зрілої «продуктивної» особистості віддача – це вираження сили та достатку. В акті віддачі людина виражає та підсилює себе як живу істоту. Еріх Фромм стверджував, що коли людина віддає, вона дещо привносить у життя іншого, і те, що було привнесене, повертається до неї; віддача робить іншого теж тим, хто дає, адже разом вони поділяють радість від того, що привноситься ними у життя (Фромм, 2009). Отже, метою консультативної роботи з такими людьми є відновлення «неповноцінного» уявлення про себе, яке і компенсується в умовах професії.

3. Відновлення (система рекреаційних заходів) важливе як превентивний захід стосовно *мотиваційної втоми*, за умов якої людина не відчуває жодної потреби займатись будь-якою фізичною чи інтелектуальною діяльністю. Люди, які швидко та без очевидних зусиль досягають видимих результатів, нерідко втрачають «смак до життя», відчувають

утому та невдоволеність. У них з'являється відчуття, що всі несподіванки, прориви та виклики залишилися у минулому, а попереду – тільки рутинна та повторення прожитого.

До цієї групи методів належать і різні способи компенсації витрачених зусиль та стимулювальні заходи: відстеження результату, отримання подяки від клієнтів, матеріальна винагорода, самопрезентація у середовищі спеціалістів тощо. Очевидно, такі організаційні заходи часто повинен узяти на себе HR-спеціаліст або менеджер із персоналу.

4. Окремі методи роботи необхідні у взаємодії з працівником, що опинився в ізоляції через видатні досягнення та заздрість з боку інших співробітників. Звичайно, необхідна інформаційна підтримка успішного спеціаліста, пояснення йому витоків негативного ставлення з боку його оточення на роботі. Дуже важлива позиція, яку займає сам спеціаліст. Украй небезпечно вступати в ігрову взаємодію типу «ті, хто нападає – той, хто виправдовується» або «сіра, безлика маса – геній», а тому спеціаліст повинен відстежувати свої реакції та дотримуватись рівної лінії поведінки.

Менеджеру з персоналу в даному випадку варто взяти на себе додаткові заходи з підсилення командної згуртованості в організації, переконатись у наявності способів задоволення професійних амбіцій заздрісників в умовах компанії (а це, безумовно, система засобів, а не екстрений вплив одразу після великого успіху окремого спеціаліста). Важливо визначити подальші перспективи розвитку для успішного спеціаліста для того, щоб не виник подієвий та емоційний вакуум – часте явище, що слідує за яскравим успіхом. Зірці можна порадишити прикрасити своє життя та позбавитись застою через елементи фізичного ризику: стрибнути з найвищої гірки в аквапарку, здійснити парашутний стрибок тощо. Вимушений захід в даному випадку – направлення зірки на роботу або навчання у регіональний підрозділ.

**Кризу успіху** як кризу досягнення слід розглянути окремо. Багато авторів писали про «невроз успіху» – дивний стан, що виникає у людини, котра перебуває на піку успіху, якого вона довго прагнула, коли замість ейфорії її охоплює паралізуюча дисфорія, що часто не залишає жодного шансу на подальше зростання.

Чим пояснити цю дивну тенденцію? Можливо, вона має місце через асоціацію успіху з агресією. Для деяких людей успіх – це шлях до мстивої переваги над іншими; вони побоюються, що інші зрозуміють їх мотив і, коли успіх стане занадто великим, помстяться у відповідь.

Психоаналітики вважають, що тривога перед небезпекою, що переживається у такому стані, полягає не в кастрації, а в страшній перспективі стати своїм власним батьком. Стати власним батьком означає лишитись без заспокійливого, але й магічного батьківського захисту від болю, пов'язаного з усвідомленням своєї смертності. Для будь-кого з нас така цілковита, беззахисна ізольованість індивідуалізації занадто жахлива, щоб її пережити.

Екзистенційний вакуум, або, як говорить Віктор Франкл, «екзистенційна фрустрація» – поширений феномен, що характеризується суб'єктивними переживаннями нудьги, апатії та пустоти. Людина налаштована цинічно, позбавлена почуття спрямованості життя та ставить під сумнів більшість життєвих занять. Деякі скаржаться на пустоту та неясне невдоволення, що настає наприкінці робочого тижня («недільний невроз»). Вільний час змушує людину усвідомлювати, що немає нічого, що вона *хоче* робити (Франкл, 2001).

Якщо людина, на додаток до суб'єктивних відчуттів безглуздості, розвиває явну клінічну невротичну симптоматику, Франкл називає цей стан екзистенційним або «ноогенним» неврозом. В його основі лежить психологічний «страх пустоти»: на думку Франкла, якщо з'являється екзистенційний вакуум, він заповнюється симптомами. Згідно з автором, ноогенний невроз може набути будь-якої клінічної невротичної форми, можливі соматичні картини включають алкоголізм, депресію, нав'язливість, гіперінфляцію сексуальності, безрозсудність. Від традиційного психоневрозу ноогенний відрізняє те, що його симптоми маніфестують блоковану волю до смислу. Поведінкові патерни також відбивають кризу відсутності смислу. Дилема людини, яка перебуває у такій кризі, полягає в тому, що інстинкти не підказують їй, що вона *повинна* робити, а традиція більше не підказує, що *варто* робити. Дві звичайні поведінкові реакції на цю кризу цінностей – це *конформізм* (робити те, що роблять інші) та *підкорення тоталітарності* (робити те, що хочуть інші).

Що рятує в умовах переживання безглуздості? Екзистенційний напрям психотерапії пропонує звернути увагу на декілька важливих акцентів (Фрейджер, 2007).

*Альтруїзм.* Зробити світ кращим для життя, служити іншим, брати участь у благодійності (найбільша чеснота з усіх) – ці дії правильні й добрі і додають життєвого змісту багатьом людям. Клінічна робота І. Ялома з пацієнтами, що вмирають від раку, надала йому можливість

переконатись у важливості смислових систем для існування людини. Він помітив, що пацієнти, які переживають глибоке відчуття смислу свого життя, живуть повніше та зустрічають смерть з меншим відчаєм, ніж ті, чиє життя позбавлене змісту. У своїй критичній ситуації його пацієнти спирались на декілька родів смислу, як релігійного, так і світського, але ніщо не виявилось важливішим за альтруїзм (Ялом, 2008).

Альтруїзм складає важливе джерело смислу для психотерапевтів – як і для всіх професіоналів, що допомагають, – які не тільки «викладають» себе, допомагаючи росту своїх клієнтів, а й розуміють, що ріст однієї людини спричиняє ефект ланцюгової реакції – виграють багато з тих, хто пов'язаний з цією людиною. Цей ефект найбільш очевидний, коли клієнт володіє широкою сферою впливу (є вчителем, лікарем, письменником, роботодавцем, керівним персоналом, іншим терапевтом), але це стосується кожного клієнта, адже у повсякденному житті мало хто може уникнути багатьох зустрічей з іншими.

Переконаність у тому, що віддавати, бути корисним іншим, робити світ кращим для інших – добре, забезпечує потужне джерело смислу. Вона має глибокі корені в іудео-християнській традиції та сприймається як апіорна істина навіть тими, кому не притаманна віра у Бога.

*Відданість справі* як джерело особистісного смислу багатокомпонентна. По-перше, можливий альтруїстичний компонент, коли людина знаходить смисл у сприянні іншим. Багато мотивів мають альтруїстичний фундамент, причому можуть бути безпосередньо пов'язані із служінням, а можуть вилитись у складніші тенденції, що врешті-решт мають утилітарну спрямованість. Важливо, щоб така діяльність «підносила індивіда над самим собою», навіть якщо у ній немає явного альтруїзму.

*Творчість.* Більшість із нас погодиться, що служіння іншим та відданість справі надають відчуття змісту; так само ми погодимось і з тим, що творче життя осмислене. Створення чогось нового, чогось, що відмічене красою, новизною або гармонією, – потужний засіб проти відчуття безглуздості. Творчість виправдовує сама себе, вона ігнорує питання «навіщо?», вона сама є «виправдання власного існування». Бетховен з упевненістю говорив, що творчість утримує його від самогубства. У тридцять два роки, у відчаї через свою глухоту, він написав, що його утримує тільки мистецтво, і тільки завдяки йому він продовжує жити (Махотін, 2006).

Творчий шлях до змісту жодним чином не притаманний тільки художникам. Наукове відкриття – це творчий акт вищого порядку. Навіть

до бюрократії можна підходити творчо. Творчий підхід до навчання, до приготування їжі, до гри, до бухгалтерії, до садівництва – додає життю дещо цінне. Умови роботи, що придушують творчість та перетворюють людину на автомат, завжди породжують незадоволеність незалежно від рівня зарплати.

Творчість та альтруїзм частково перекриваються у багатьох людях, які прагнуть бути творчими, щоб поліпшити стан світу, відкрити красу, не тільки заради них самих, а й для задоволення інших. Творчість може відігравати важливу роль у любовних стосунках: викликати до життя дещо в іншій людині – це водночас прояв любові та творчого процесу.

*Гедоністичне рішення.* Мета життя полягає просто в тому, щоб жити повно, зберігати почуття здивування чудом життя, зануритись у природний ритм життя, шукати задоволення у найглибшому смислі.

Гедоністи наводять сильні аргументи на користь того, що задоволення як самоціль є достатнім поясненням поведінки людини. На їх думку, людина буде плани на майбутнє та віддає перевагу певному способу дій, якщо вважає, що так їй буде приємніше (або менш неприємно). Гедоністична схема характеризується більшою потужністю, адже вона еластична та може включити в себе будь-яку іншу смислову схему. Такі види активності як творчість, любов, альтруїзм, відданість справі можуть розглядатись як значущі завдяки тому, що врешті-решт приносять задоволення. Навіть поведінка, нібито націлена на біль, незадоволення або самопожертву, може бути гедоністичною, адже людина розглядає її як «капіталовкладення» у задоволення. Це приклад данини, яку принцип задоволення виплачує принципу реальності – тимчасовий дискомфорт, що обіцяє дивіденди задоволення у майбутньому.

*Самоактуалізація.* Ще одне джерело особистісного смислу – переконаність, що люди повинні прагнути актуалізувати себе, присвятити реалізації природженого потенціалу. Абрахам Маслоу виходив із того, що людині притаманна схильність до росту та цілісності, при цьому існує певний природжений патерн, який складається з унікального набору характеристик та інстинктивного прагнення до їх прояву. Автор стверджує, що природне прагнення людини – у «гарних цінностях», тобто спокої, доброти, мужності, щирості. На запитання «Навіщо ми живемо?» Маслоу відповідає: «Для того, щоб здійснити свій особистісний потенціал». На запитання «Чим ми живемо?» він зауважує, що гарні цінності «вбудовані» в організм людини і якщо ми довіримося мудрості нашого організму, то інтуїтивно знайдемо їх (Фрейджер, 2007).



*Самотрансценденція.* Останні два типи смислу (гедонізм та самоактуалізація) відрізняються від попередніх (альтруїзм, відданість справі, творчість) дуже важливим аспектом. Гедонізм та самоактуалізація виражають турботу про власне «Я», тоді як решта пов'язані з глибиною жагою людини перевершити саму себе.

На думку Віктора Франкла, надмірна стурбованість самовираженням та самоактуалізацією суперечить істинному життєвому смислу. Він часто ілюструє цю ідею за допомогою метафори бумеранга, який повертається до мисливця тільки в тому випадку, якщо не влучає в ціль; таким же чином люди повертаються до зайнятості собою, якщо вони упустили свій життєвий смисл. Франкл використовує також метафору ока людини, що бачить себе або щось у собі (тобто бачить якийсь об'єкт у кришталіку, або у водянистому тілі, або у склоподібному тілі) тільки тоді, коли неспроможне бачити ззовні себе (Франкл, 2001).

Небезпеки нетрансцендентної позиції особливо очевидні у міжособистісних стосунках. Чим більше людина концентрується на собі, наприклад, у сексуальних стосунках, тим менше її задоволення. Той, хто спостерігає за самим собою, турбується, перш за все, про власне збудження та розрядку, робить себе вірогідним кандидатом на сексуальну дисфункцію. Франкл уважав, що самовираження занадто ідеалізоване зараз і, коли часто перетворюється на самоціль, робить осмислені стосунки неможливими.

**Психологія безробіття.** Втрата роботи, безумовно, є значущою зміною в картині світу, а тому супроводжується підсиленням почуттям тривоги, особливо яскраво вираженим у перші три місяці після події (навіть якщо було знайдене нове місце роботи). Соціологи реєструють різке підвищення кількості нещасних випадків на роботі або за її межами, загострення простудних та хронічних хвороб у період загрози звільнення (Заславська, 1995). Стадії емоційного переживання у зв'язку з втратою роботи повністю повторюють реакцію людини на будь-яку важку звістку, наприклад, про смерть близької людини або несприятливий прогноз щодо плинності хвороби. Тобто спочатку настає шок та неприйняття, які змінюються фазою гніву та депресії, нарешті людина інтегрує отриманий досвід через переоцінку цінностей.

Щодо психологічної допомоги безробітним на базі соціальних служб існують індивідуальні та групові консультації. Метою роботи психолога тут є скорочення періоду пошуку роботи (адже служби соціальної допомоги часто взаємодіють із службами зайнятості), досягнен-

ня оптимістичного настрою клієнтів, підвищення самоповаги. Застосовуються всі відомі форми роботи з особистісного росту, підвищення комунікативної компетентності.

Зовсім інакше ставляться завдання перед менеджером із персоналу, якщо йому потрібно повідомити людину про звільнення. Як відомо, значно важче сприймається несподівана некерована подія. Коли люди розуміють, як розвиваються події та можуть унебезпечити себе від неприємностей завдяки плануванню стратегії поведінки, вірогідність гострого стресу значно знижується. Тому вкрай важливо вести роботу з персоналом на регулярній основі, тоді будь-які зміни у кар'єрі не стануть несподіваними. У випадку, коли система критеріїв оцінки діяльності прозора, стратегія та ситуація в компанії постійно обговорюються, відомості про скорочення та звільнення у результаті атестації не сприйматимуться як непередбачувані, не призведуть до шоку або ворожості. Спеціалісти радять бути максимально відкритими у спілкуванні з працівниками (*fair play* – «чесна гра», до того ж, одразу вирішить проблему некерованих слухів).

Порівняйте інформацію щодо можливого скорочення штату з інформацією про смертельну хворобу одного з членів родини. У випадку несподіваності буде потрібен потужний особистісний ресурс на подолання шоку та захист через заперечення. Якщо інформацію подавати поступово та частинами, якщо немає прихованих «скелетів у шафі», людина встигає пристосувати свою картину світу до мінливої реальності, а ресурс особистості витрачається на вибудовування конструктивної лінії поведінки за нових умов.

Аналогічними є рекомендації до поведінки менеджера з персоналу у випадку звільнення працівника за результатами атестації. Якщо система критеріїв оцінки персоналу зрозуміла та оговорена, звільнення передбачуване та зрозуміле. Більше того, якщо правила гри озвучені та їх додержуються, працівники, яким вони з різних причин не підходять, можуть самі вирішити залишити компанію.

Останнім часом з'являється все більше прихильників ідеї, згідно з якою HR-спеціалісту слід брати участь у долі працівника, що звільняється (т. зв. *аутплейсмент*). Це може бути конкретна допомога: складання резюме, підготовка рекомендацій, загальні поради щодо працевлаштування (Малихін, 2006). Така поведінка виявляється важливою у довгостроковій перспективі: працівник буде вдячний, він залишить компанію з гарною думкою про неї та стане її своєрідним PR.

**Завдання для самоконтролю до розділу  
«Кризи професійної діяльності»**

*I. Доповніть твердження.*

1. Термін «фізичне виснаження» належить до «астенізація» так само, як «професійний аутизм» до «...».

2. ... – порушення вже засвоєних способів професійної діяльності, руйнування сформованих професійних якостей, поява стереотипів професійної поведінки та психологічних бар'єрів при опануванні нових професійних технологій, нової професії або спеціальності.

3. Тетяна працює HR-спеціалістом. Останнім часом її керівник неодноразово помічав за нею зловживання повноваженнями. Вона може дозволити собі наставницький тон у спілкуванні зі співробітниками, часто різко критикує їх за невдачі, при цьому скаржить, що ніхто до неї не прислухається. Дайте назву симптому професійного вигорання, який спостерігається у даному випадку.

*II. Виберіть правильну(-і) відповідь(-і) до наведених нижче питань.*

1. Серед наведених нижче зазначте професії, представники яких перебувають у найбільшому ризику професійного вигорання:

- а) міліціант;
- б) медсестра;
- в) електромонтажник;
- г) вчитель молодших класів;
- д) озеленювач;
- е) адвокат;
- є) мегауспішний регіональний менеджер компанії;
- ж) слюсар.

2. Визначте особистісні характеристики спеціалістів категорії А:

- а) комплекс неповноцінності;
- б) манія величності;
- в) нарцисичний комплекс;
- г) гормональний дисбаланс;
- д) психологічний захист за типом регресії;
- е) уникнення відповідальності;
- є) невміння працювати у команді;
- ж) ригідність настанов.

3. З наведених нижче висловлювань виберіть те(-і), що відбиває (-ють) диспозиційні очікування від особистості професіонала як фактор, що впливає на професійне вигорання спеціаліста.

- а) «Якщо я не можу опанувати своє роздратування, то я поганий психолог»;
- б) «Мої учні не люблять хімію, і це дуже засмучує мене»;
- в) «Як я можу впоратись із такою кількістю роботи за такий короткий час? Це неможливо!»
- г) «Якщо я буду працювати хоча б на дві години більше за інших, я зможу швидко випередити їх»;
- д) «Я зіграю цю роль, адже гарному актору будь-яка роль під силу».

4. Сергій втратив роботу. На даному етапі йому притаманні такі висловлювання: «Нічого хорошого мені вже не світить. У моєму віці такі спеціалісти взагалі нікому не потрібні. Що буде далі? Така суцільна чорна смуга в житті... І не видно їй кінця». Яким буде наступний етап психологічного стану Сергія?

- а) Шок;
- б) депресія;
- в) гнів;
- г) інтеграція досвіду;
- д) неприйняття.

*III. Поставте напроти твердження «П», якщо вважаєте його правильним та психологічно обґрунтованим, або «Н», якщо – ні.*

1. Зірки, як правило, позбавлені соціальної підтримки як ресурсу психологічного подолання.

2. Професійна криза може виявлятися у синдромі емоційного вигорання.

3. Кризи професійного розвитку особистості детермінуються винятково суб'єктивними факторами.

4. Тривале протягом багатьох років виконання однієї діяльності усталеними способами приводить до розвитку професійно бажаних якостей та професійної адаптації спеціаліста.

5. Будь-яка професійна діяльність уже на стадії засвоєння, а пізніше при виконанні, деформує особистість, адже втілення конкретних видів діяльності не потребує всіх різноманітних якостей та здібностей особистості і багато з них лишаються не затребуваними.

**ЧАСТИНА IV**  
**КРИЗИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ**

IV. Нижче наведено перелік факторів, що зумовлюють кризи професійного становлення особистості, та засоби, які можна застосувати для їх подолання (за Н. С. Пряжниковим, 2008). *Виконайте дію співвіднесення.*

Назва кризи та фактори, що її спричиняють:	Засоби подолання кризи:
1. Криза навчально-професійної орієнтації (14–17 років): ▪ невдале формування професійних намірів та їх реалізація; ▪ несформованість Я-концепції, проблеми з її корекцією;	а) активізація професійних зусиль (перевірити себе та визначити «верхній ліміт» своїх можливостей); корекція мотивів праці (пошук сенсу роботи саме в даній організації); звільнення або зміна професії;
2. Криза професійного навчання (під час перебування у навчальному закладі): ▪ невдоволеність професійною освітою та підготовкою; ▪ перебудова провідної діяльності («свобода» студента порівняно з обмеженнями школяра): через це провідна діяльність фактично не навчально-професійна, а власне професійна («підробітки»); ▪ зміна соціально-економічних умов життя: фінансові потреби студента вищі, ніж потреби школяра, тому «грошей постійно не вистачає»;	б) перехід на інноваційний рівень виконання діяльності (творчість, винахідництво, новаторство); понаднормативна соціально-професійна діяльність, перехід на нову посаду або роботу, зміна професійної позиції;
3. Криза професійних експектацій; криза професійної адаптації; ▪ складнощі професійної адаптації (стосунки з колегами різного віку); ▪ засвоєння нової провідної діяльності (професійної); ▪ розбіжності між професійними очікуваннями та реальністю;	в) організація соціально-економічної взаємодопомоги; суспільно корисна діяльність; соціально-психологічна активність (наприклад, участь у політичних акціях); освоєння нових соціально-корисних видів діяльності;
4. Криза професійного росту (23–25 років): ▪ незадоволеність можливостями свого посту та кар'єрою (нерідко через порівняння з досягненнями однокурсників); ▪ потреба у подальшому підвищенні кваліфікації; ▪ створення родини, а тому неминуче погіршення фінансових можливостей;	г) вибір професійного навчального закладу або способу професійної підготовки; глибока та систематична допомога у професійному та особистісному самовизначенні;

**Розділ 9. Кризи професійної діяльності**

Назва кризи та фактори, що її спричиняють:	Засоби подолання кризи:
5. Криза професійної кар'єри (30–33 роки): ▪ стабілізація професійної ситуації; ▪ незадоволення собою та своїм професійним статусом; ▪ ревізія Я-концепції, пов'язана із переосмисленням себе та свого місця в житті; ▪ нова домінанта професійних цінностей;	д) перехід на нову посаду або роботу; освоєння нової спеціальності та підвищення кваліфікації; приділення уваги хобі, родині – активність поза межами професії;
6. Криза соціально-професійної самоактуалізації (38–42 роки): ▪ незадоволення можливостями реалізувати себе в професійній ситуації, що склалась; ▪ корекція Я-концепції через зміни у ціннісно-смысловій сфері; ▪ незадоволення собою, своїм соціально-професійним статусом; ▪ психофізіологічні зміни та погіршення стану здоров'я; ▪ професійні деформації через тривалий досвід роботи;	е) поступове підвищення активності у видах діяльності, не пов'язаних із професією; соціально-психологічна підготовка до нового способу життя;
7. Криза згасання професійної діяльності (55–60 років, тобто останні роки перед пенсією): ▪ очікування виходу на пенсію та нової соціальної ролі; ▪ звуження соціально-професійної сфери (робітник отримує менше завдань, пов'язаних із новими технологіями); ▪ психофізіологічні зміни та погіршення стану здоров'я;	є) зміна мотивів навчальної діяльності (більша орієнтація на практику, засвоєння більшого обсягу знань); корекція вибору професії, спеціальності, факультету, вдалий вибір наукового керівника, теми курсової та дипломної робіт;
8. Криза соціально-психологічної адекватності (65–70 років, тобто перші роки після виходу на пенсію): ▪ новий спосіб життєдіяльності, що відрізняється появою великої кількості вільного часу; ▪ звуження фінансових можливостей; ▪ соціально-психологічне старіння; ▪ втрата професійної ідентифікації; ▪ загальна невдоволеність життям; ▪ почуття «непотрібності»; ▪ різке погіршення здоров'я.	ж) підвищення кваліфікації (в тому числі самоосвіта); орієнтація на кар'єру (нерідко для кар'єри важливі не стільки професіоналізм та протекція, скільки здатність протистояти глузуванню та думці більшості); зміна місця роботи, виду діяльності; приділення більшої уваги хобі, родині, побуту (як компенсація невдач на роботі).

### Бібліографічний список

1. Берглас С. Лучшие сотрудники: инструкция по управлению / С. Берглас // Harvard Business Review – Россия. – 2006. – № 10 (22). – С. 59–68.
2. Березовская Л. Г. К вопросу критериев риска развития синдрома «эмоционального выгорания» / Л. Г. Березовская, В. Ю. Слабинский, С. А. Подсадный // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сб. научн. статей / под ред. В. В. Лукьянова, С. А. Подсадного. – Курск : Курск. гос. ун-т, 2007. – С. 17–19.
3. Гинзбург М. Р. Личностное самоопределение как психологическая проблема / М. Р. Гинзбург // Вопр. психологии. – 1988. – № 2. – С. 19–26.
4. Заславская Т. И. Социальный механизм трансформации российского общества [Электронный ресурс] / Т. И. Заславская // Социолог. журн. – 1999. – № 3. – Режим доступа: <http://www.socjournal.ru/article/168>. – Загл. с экрана.
5. Крот Є. В. Особистісний симптомокомплекс стресостійкості / стресовразливості представників педагогічних професій: диплом магістра психології: 7.040101 / Євгенія Василівна Крот. – Д. : ДНУ, 2007. – 81 с.
6. Малыхин М. Отдам сотрудника в хорошие руки [Электронный ресурс] / М. Малыхин, О. Гончарова // Ведомости. – 2006. – № 229 (1756). – Режим доступа: <http://www.vedomosti.ru/newspaper/article.shtml?2006/12/05/117036>. – Загл. с экрана.
7. Махотин С. Бетховен / С. Махотин. – М. : Белый город, 2006. – 64 с.
8. Пайнс Э. Практикум по социальной психологии / Э. Пайнс, К. Маслач. – СПб. : Питер, 2001. – 528 с.
9. Подсадный С. А. К вопросу роли этических моделей в формировании синдрома эмоционального выгорания у специалистов помогающих профессий / С. А. Подсадный, В. Ю. Слабинский // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сб. научн. статей / Под ред. В. В. Лукьянова, С. А. Подсадного. – Курск. гос. ун-т, 2007. – С. 136–138.

10. Пряжников Н. С. Профессиональное самоопределение / Н. С. Пряжников. – М. : Академия, 2008. – 320 с.
11. Сидоренко Е. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру / Е. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2002. – 348 с.
12. Франкл В. Психотерапия на практике / Виктор Франкл. – СПб. : Речь, 2001. – 256 с.
13. Фрейд А. Эго и механизмы психологической защиты / Анна Фрейд. – М. : АСТ, 2008. – 160 с.
14. Фрейдджер Р. Гуманистическая, трансперсональная и экзистенциальная психология. К. Роджерс, А. Маслоу, Р. Мэй / Р. Фрейдджер, Дж. Фейдимен. – М. : Прайм-Еврознак, 2007. – 224 с.
15. Фромм Э. Бегство от свободы / Эрих Фромм. – М. : АСТ, 2009. – 288 с.
16. Хакимова Н. Р. Взаимосвязь профессионального и личностного самоопределения [Электронный ресурс] / Н. Р. Хакимова. – Режим доступа: <http://flogiston.ru/articles/labour/hakimova>. – Загл. с экрана.
17. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Ирвин Ялом. – М. : Римис, 2008. – 608 с.
18. Maslach C. Prevention of burnout: New perspectives / C. Maslach, J. Goldberg // Applied and Preventive Psychology. – 1998. – Vol. 7. – P. 63–74.

### Ресурси мережі Інтернет

1. Ведущий портал о кадровом менеджменте [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hrm.ru>. – Загл. с экрана.
2. Державна служба зайнятості [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dcz.gov.ua/control/uk/index>. – Загол. з екрана.
3. Журнал «Управление персоналом» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.top-personal.ru>. – Загл. с экрана.
4. HR-liga: Сообщество кадровиков и специалистов по управлению персоналом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.hrliga.com](http://www.hrliga.com). – Загл. с экрана.
5. HR-портал: сообщество HR-менеджеров [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hr-portal.ru>. – Загл. с экрана.

## ЗРАЗОК ВИКОНАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАВДАННЯ

*Робота виконана студенткою гр. ДСм-07-1 Шаповал М. Д. Збережено стиль автора.*

Дана робота була спрямована на вивчення особливостей життєвих криз особистості, які не є закономірними в ході розвитку людини, а також дослідження можливостей подолання кризи такого характеру конкретною людиною.

З цією метою в ході роботи було проведено клінічне інтерв'ю з жінкою 60 років, якій приблизно рік тому було встановлено діагноз «рак молочної залози». На момент інтерв'ю вона перебувала у клініці на черговому (одному з періодичних) лікувань.

У процесі проведення клінічного інтерв'ю хворій було запропоновано відповісти на ряд запитань приблизно такого плану (вони змінювались та уточнювались, іноді сама хвора розповідала щось з власної ініціативи).

1. Розкажіть, будь ласка, як ви дізналися про захворювання? Як відреагували? Розкажіть про ваш стан на той момент. Чи був із вами хтось на момент обстеження, очікування на результати?

2. Як відреагували ваші близькі, ваша родина?

3. Чи змінилися ваші стосунки в родині? На роботі? З друзями?

4. Як ви почуваетесь зараз? Розкажіть про ваш емоційний стан зараз.

5. Що ви знаєте про вашу хворобу? Чи читали ви якусь спеціальну літературу з цього приводу?

6. Чи змінилось щось у вашому житті з того моменту, як ви дізналися про хворобу?

7. Як ви вважаєте, яка вірогідність одужання? Що для цього потрібно зробити? Хто повинен це зробити?

8. Яким ви бачите ваше майбутнє, ваш завтрашній день? Що плануєте зробити, коли вийдете з лікарні?

Надалі дані, отримані в ході інтерв'ю, були проаналізовані. Виходячи з вичленених проблемних моментів, були запропоновані можливі варіанти роботи з ними.

**Хвора В. М., 60 років**, вища освіта. Працівник школи.

До хвороби працювала. Зараз відпустка на роботі скінчилась, вона на лікарняному.

Про хворобу дізналась рік тому. Випадково знайшла у себе у грудях невелике затвердіння. «Відразу зрозуміла, що нічого доброго це означати не може». Одразу ж розповіла чоловікові. Через три дні звернулась до лікаря, зробили біопсію. «Увесь цей час чоловік був поряд. Очікування результатів було дуже важким – були паніка, страх, жах. Плакала постійно. Болялась, що вже пізно, що жити залишилось зовсім мало. Чоловік мене заспокоював, казав, що ще нічого не відомо.

«Коли мені повідомили результати, я все ще не могла повірити, думала, що просто забули додати частку «не» (не злоякісна пухлина). А коли дізналась про результати, просто холодок пробіг спиною. Відчула, нібито це не зі мною відбувається, сподівалась, що це якась помилка. Попросила лікаря зробити ще один аналіз. Результат підтвердився.

«Я довго плакала, не знала, що робити, куди бігти, до кого звертатись. Багато думала, сиділа одна. Міркувала: чому я? Чому Бог покарав саме мене? Адже ці ракові клітини є у всіх. Вони є у всьому організмі. Але вони не активні. А в мене – ожили. Отже, я щось зробила не так. Можливо, вела неправильний спосіб життя, можливо, не слідувала за організмом. Зараз пригадую – нібито не зі мною було. Жакхливий стан.

Потім пішла до лікаря і прямо запитала, наскільки все погано. Він підтримав мене, сказав, що це – рання стадія, будемо лікувати.

Після першої «хімії» думала, не виживу. Жакхливо почувалась фізично. Як зомбі. Депресія була. Часто бачила сни. Снилось очікування результатів, і ось виходить лікар і каже, що жити залишилось зовсім не довго. Потім ще снилось, що я вмираю, і снився мій похорон.

Так було десь місяців три. Потім взяла себе в руки. Подумала, що двом смертям не бувати, однієї не минути. Мені ж ще не сказали, що все втрачено. Я сподіваюсь, що все налагодиться. Це потрібно пережити. Потрібне терпіння. Я повинна подолати це. Адже трапляються і жакхливіші речі. Мабуть, Бог уберіг мене від чогось страшнішого.

Зараз почувуюсь упевненіше. Фізичне самопочуття буває поганим, особливо після «хімії». Але це можна пережити. По-перше, зі мною постійно мої близькі, вони мене підтримують. Без підтримки було б дуже важко. По-друге, дуже важливо, що в мене добрі стосунки з чоловіком, завжди були і є, він дуже допомагає. І, знаєте, я вже в такому віці, коли зовнішність не дуже важлива, навіть якщо доведеться відрізати груди, я не наполягатиму на протезах. Це ні до чого. Адже мене люблять не за це. Хоча, звісно, якби я була молодшою, це мало б величезне значення. Привабливість та інтимні стосунки. Це ж важливо для молодості.

Літературу не читала. Я знаю себе, я дуже недовірлива. Тому намагаюсь не давати собі приводу накручувати зайве.

Дітям сказала, коли вже точно знала результат. У мене два сини і дві невістки ... дуже підтримували мене. Але тоді мені було не до їхньої підтримки. Мабуть, їм було дуже важко зі мною. Я дуже нервувала, то плакала, то кричала. Вони молодці. Бігали, самі про все домовлялись, шукали гроші на лікування. Постійно приїжджали до мене додому, зараз ось до лікарні приїжджають. І з роботи мене постійно відвідують. Вони з розумінням ставляться, не звільняють, кажуть, що я їм ще потрібна. Дуже допомагають матеріально. Допомагає їхнє почуття гумору, надія, оптимізм. Я і сама оптимістка по життю.

Мабуть, усе дуже змінилось. Хвороба – нібито обухом по голові. Не знаєш: хто ти? Що відбулось і чому? Що тепер буде? Як жити далі? А головне,

скільки жити? Але в цьому, мабуть, і важливість. Я переконалась, наскільки мене всі люблять і що я важлива для дітей, для чоловіка, для колективу. Адже у повсякденному житті хто звертає на це увагу? Кожний сам по собі, окремо ж усі живемо. Розумієш, що важливо, а що – ні. Стала по-іншому ставитись до смерті. Спочатку дуже боялась, весь час думала про це, дуже багато думала. Тепер уже не так сильно. Звісно, не можна сказати, що зовсім не боюсь померти. Але ж з нею не посперечаєшся. Усіх забере. Кого раніше, кого пізніше.

Я сподіваються на одужання. Я підкорююсь лікарю. Я йому довіряю. Адже мені довіряють дітей. Нехай кожний робить свою справу. Лікар допомагає тут, на землі, а Бог – на небі. Я ходила до церкви, поставила свічку за здоров'я. Ставила свічку різним святим (і тому, і тому), ходила на молебень подяки.

Моє майбутнє – це завтра. Мене незабаром відпустять із лікарні... Я ж скоро стану бабусею. Моя невістка повинна народити через кілька місяців. Тому бачу майбутнє щасливим. Не знаю, наскільки довгим, не можу загадувати, але щасливим».

#### *Аналіз клінічного інтерв'ю*

За матеріалами інтерв'ю можна зробити висновок, що хвора пережила кризовий період у своєму житті. На це вказують такі моменти.

По-перше, зіткнення з об'єктивним фактором, що реально загрожує її життю – хворобою на рак, – який тривалий час приносив їй психологічне й фізичне страждання.

По-друге, емоційне реагування хворої на ситуацію відбувається за типом реакції на психотравмуючу подію. Нею було описано чотири притаманні такому реагуванню стадії:

а) шок та заперечення («були паніка, страх, жах ... постійно плакала», «коли мені повідомили результати, я все ще не могла повірити, думала, там просто забули додати частку «не» (не злоякісна пухлина)», «сподівалась, що це якась помилка, просила лікаря зробити повторний аналіз», «коли дізналась про результати, ... нібито не зі мною це все відбувається»);

б) агресія («думала, ну, чому я? чому Бог покарав саме мене?» (агресія на Бога, на долю); «адже ці ракові клітини є у всіх, вони є у всьому організмі, але не активні, а в мене вони ожили, отже, я щось зробила не так, вела неправильний спосіб життя, не слідувала за організмом» (агресія на себе, самозвинувачення);

в) депресія («депресія була, часто бачила сни, снилось очікування результатів, і ось виходить лікар і говорить мені, що жити залишилось зовсім небагато... потім ще снилось, ніби я вмираю, снився мій похорон», «я довго плакала, не знала, що робити, багато думала, сиділа одна... зараз пригадую – як не зі мною було, жахливий стан»);

г) прийняття («потім опанувала себе, подумала, що двом смертям не бувати, однієї не оминати», «я сподіваюсь, що все буде гаразд, це потрібно пережити, потрібне терпіння, я повинна подолати це», «зараз я відчуваю себе впевненіше, навіть якщо доведеться вирізати груди, я не наполягатиму на протезах,

це ні до чого, адже мене люблять не за це», «стала по-іншому до смерті ставитись... з нею ж не посперечаєшся, усіх забере, когось раніше, когось пізніше»).

Така психологічна картина гіпотетично може пояснюватись тим, що досліджувана в даний момент перебуває на стадії «надходження до клініки», якій притаманне зниження інтенсивності переживань (згідно з В. Д. Менделевичем), а також перекладення відповідальності на лікаря, що відбито у звіті досліджуваної («я підкорююсь лікарю, я йому довіряю, адже мені довіряють дітей, нехай кожен робить свою справу»).

На підтримку того, що ця ситуація виявилась кризовою для досліджуваної говорить і факт *зміни її системи цінностей* («розумієш, що важливо, а що – ні», «стала по-іншому ставитись до смерті», «я в такому віці, коли зовнішність вже не дуже важлива, навіть якщо доведеться вирізати груди, я не наполягатиму на протезах, це ні до чого, адже мене люблять не за це»), а також *нова ідентифікація власного місця в системі міжособистісних стосунків* («я переконалась, наскільки мене люблять і що я важлива для дітей, для чоловіка, для колективу», «я ж незабаром стану бабусею»).

У процесі інтерв'ю було виявлено період, в який через психогенний вплив хвороби, вірогідно, була значно порушена *здатність* досліджуваної до адаптації («багато міркувала, сиділа одна», «зараз пригадую – як не зі мною було», «як зомбі, депресія була», «тоді було не до їх підтримки, мабуть, їм було дуже важко зі мною, я постійно була вся на нервах, зривалась, то плакала, то кричала»).

Характерним є високий рівень психологічного захисту за типом раціоналізації, який виявляється як у відповідях хворої, так і в тому, що в процесі інтерв'ю вона поводитись дуже стримано, дещо напружено (хоч і досить відверто); уникала прояву почуттів (хоч і говорила про них). За невербальними виявленнями можна було помітити певну тривожність, але невисокої інтенсивності. Яскраво виражених депресивних та іпохондричних проявів не спостерігалось. Дисфоричні та апатичні стани на момент спостереження не притаманні.

**Варіанти психологічної роботи.** Виходячи з вищевказаного, можна зробити висновок, що психічна робота з подолання кризи виконується конструктивно. Основні проблемні моменти, які можна виділити на момент психологічного обстеження, та варіанти роботи з ними такі.

▪ Активна робота психологічних захистів за типом раціоналізації. Не можна, проте, визначати її як мішень психологічного впливу, адже захист від фактора, що погрожує життю, цілком природний та зумовлений психологічним механізмом – інстинктом самозбереження.

▪ Стан психологічної напруги, тривоги. Щодо роботи з цим аспектом, можна було б провести (або навчити такої роботи пацієнтку) релаксаційні техніки та аутогенне тренування. Його радять проводити хворим (зокрема, онкохворим) при високій психоемоційній напрузі, тривожності.

Якщо говорити в цілому, то на даному етапі переживання кризової події основну допоміжну роль грає підтримка (рідних, психолога, лікаря), а та-

кож просто присутність та можливість взаємодіяти (можливість висловити свої думки, страхи, отримати тактильний контакт, зацікавленість з боку інших). Дуже важливою виявляється підтримка рідних (їх постійна присутність), яка в даному випадку відіграє майже вирішальну роль у переживанні кризи.

Саме в даному випадку ефективними б виявились методи переконання з приводу позитивного сприйняття майбутнього, адже рівень загального розвитку хворої дозволяє сприйняти логічний ланцюг аргументів, а емоційний стан пацієнтки, скоріш за все, не блокуватиме сприйняття інформації.

Особливим моментом, на якому зауважує й сама хвора, є гумор. За В. Франклом, гумор є проявом свободи особистості, її можливості абстрагуватися від ситуації, сприйняти її в іншому світлі. Тому, в даному випадку (або на даному етапі), він міг би виступити особливим психотерапевтичним моментом (з погляду гештальттеорії – як особливий психологічний захист, що дозволяє подолати важку ситуацію, тобто девалідація).

**Висновок.** У результаті аналізу діагностичного матеріалу можна зробити висновок: кризова ситуація переборюється досить конструктивно. Проте на даний момент, треба вважати, вона не опанована остаточно, адже стрес-фактор ще залишається актуальним.

Система цінностей, яка існувала, була зруйнована, але замінена новою, виробленою досліджуваною в результаті саморефлексії. Відбулось прийняття ситуації хвороби, є надія на одужання. Але страх смерті не пророблено: дезадаптація та складнощі взаємодії в системі міжособистісних стосунків вже не є характерними. Спостерігається дія психологічних захистів, яка є природною реакцією психіки на подолання психотравми.

Досліджувана досить вільно концентрується на подіях минулого (появі та виявленні хвороби), водночас не зациклюючись на ній (немає зайвої концентрації на минулому). Хвора спроможна міркувати про теперішнє та майбутнє, планувати. У подоланні кризи, насамперед, відіграли важливу роль такі фактори.

1. Преморбідні особливості:

- психологічні, соціальні, інтелектуальні особливості самої досліджуваної (оптимізм, активність, освіченість, задіяність у професійній сфері, знання себе – своїх слабких та сильних сторін, володіння стратегіями превенції небажаних психологічних наслідків);

- психологічна атмосфера в мікросоціумі (стосунки з чоловіком, дітьми – теплі, щирі; у робочому колективі).

2. Реакція на хворобу рідних, колег, медичного персоналу: підтримка всіх близьких (психологічна, матеріальна), постійна фізична та емоційна присутність; підтримка лікаря, надання ним інформації, можливість обговорити з ним та близькими перебіг хвороби.

## ВІДПОВІДІ НА ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

*Завдання для самоконтролю до теми «Вступ до дисципліни» та додатка 1*

I.

1. нормальними 2. астенічної негативної емоції

II.

1. б 2. г 3. б 4. а 5. б

III.

1. Н 2. П 3. Н

IV.

1. б 2. г 3. а 4. в

*Завдання до самоконтролю до теми «Вікові кризи» та додатка 2*

I.

1. формально-логічний 3. соціальна ідентифікація

2. компенсуючі стратегії

II.

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.
6	1	4	5	8	3	2	7
B	3	A	Ж	Д	Б	Г	Е
г	в	е	а	б	ж	з	д

III.

1. е 2. з 3. г 4. б 5. ж 6. в 7. а 8. д

*Завдання для самоконтролю до теми «Віктимність» та додатка 3*

I.

1. а 2. б 3. в 4. б 5. а, б, г, д 6. б

II.

1. авторитарності 4. спілкуватись з іншими / однолітками

2. особистістю 5. щирі

3. успішна

III.

1. Н 2. П 3. П 4. П

IV.

1. б 2. г 3. в 4. а

*Завдання для самоконтролю до теми «Гомосексуалізм як криза ідентичності. Терапія гомосексуалізму» та додатка 4*

I.

1. б 2. а, б, д 3. д 4. а 5. б

II.

1. гомофобії 4. амбівалентні  
2. латентної 5. статеворольової ідентифікації  
3. проєкції

III.

1. П 2. Н 3. П 4. П 5. Н

*Завдання для самоконтролю до теми «ВІЛ-позитивність та її психологічні наслідки» та додатка 5*

I.

1. б 2. в 3. д 4. а 5. г 6. є

II.

В: 1, 5, 7, 8 3: 2, 3, 4, 6

III. 1, 3, 5, 7, 8

*Завдання для самоконтролю до теми «Психологічна допомога учасникам бойових дій. Психологія тероризму» та додатка 6*

I.

1. а 2. в 3. б 4. в 5. в 6. г

II.

1. в 2. а 3. г 4. б

III.

1. «бий або біжи»  
2. травматичного (та посттравматичного) стресового розладу  
3. стокгольмський синдром

IV.

1. Н 2. П 3. Н 4. П 5. Н

V.

1. П 2. Н 3. Н 4. Н

*Завдання для самоконтролю до теми «Термінальні стани та вмирання» та додатка 7*

I.

1. б 2. б 3. г 4. а 5. а 6. в 7. б 8. б 9. в

II.

1. Н 2. В 3. Н 4. В 5. В

III.

1. г 2. в 3. а 4. б 5. д

IV.

1. універсальна, незмінна 4. відстроченою реакцією горя  
2. танатологія 5. танатотерапія  
3. стресори

V.

П – 3, 4 Н – 1, 2, 5

*Завдання для самоконтролю до теми «Психологія суїцидальної поведінки. Психологічна допомога суїцидентам. Превенція суїцидів» та додатка 8*

I.

1. в 2. б, в 3. б 4. а

II.

1. б 2. д 3. в 4. г 5. а

III.

1. Н 2. Н 3. П 4. П 5. Н 6. П

IV.

1.	С	Л
2.	С	Л
3.	С	Л
4.	Л	С
5.	Л	С
6.	С	Л

*Завдання до самоконтролю до теми «Кризи професійної діяльності»*

I.

1. професійне вигорання 3. деструктивні зміни у ставленні до клієнтів  
2. професійна деформація

II.

1. а, б, г, е, є 2. а, в, є, ж 3. а, д 4. г

III.

1. П 2. П 3. Н 4. Н 5. П

IV.

1. г 2. є 3. а 4. ж 5. д 6. б  
7. е 8. в



## ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

Агресивність 16, 55, 56, 80, 116, 118, 119, 122, 129, 131, 136–137, 174, 189, 191  
    автоагресія 54, 189, 190  
    стихийна агресія 119, 121–123  
Адаптація 14, 54, 55, 74, 83, 102, 117, 125, 188, 189, 200  
Активність особистості 9, 27, 36, 37, 45, 195, 205–206  
Амбівалентність 191, 193–194  
Анапсіоз 16  
Андрогінність 74–75  
Апатія 16, 115, 119, 121  
Аутплейсмент 225  
  
Безпорадність 11, 16, 36, 55, 57, 81, 105, 119, 123, 128, 133, 157, 159, 170, 174, 194, 195, 197, 201  
    вивчена безпорадність 56  
Бомбардування любов'ю 61  
  
Викривлення сприйняття ситуації 120  
Відреагування 19, 62–63, 106, 125, 134, 156, 164–165, 169  
Візуалізація 160–161  
Воєнні дії 14, 112–143, 187  
Віктимність 52–65  
    віктимні ілюзії 63  
    віктимні конфлікти 55  
    рольова віктимність 53  
    особистісна віктимність 53  
    фактори віктимізації 54  
ВІЛ 98–108, 185  
    етапи життя з ВІЛ 100–101  
    стратегії життя з ВІЛ 102–103  
Вигорання 212–224  
  
Гей-афірмативна терапія 81–83  
Гей-конверсивна терапія 82–83  
Гендер 29, 74, 101, 193  
Геносоціограма 161–162  
Гомосексуалізм 12, 73–91, 185, 186, 202  
    біологічна (природжена, ядерна) гомосексуальність 77–78  
    гомофобія 76  
    невротична гомосексуальність 79  
    теорії гомосексуалізму 76–77, 86–87  
    транзиторна (замісна) гомосексуальність 78  
    фактори, що зумовлюють формування 77–81  
    чутливість геїв 90–91

Горе, горювання 13, 16, 115, 154, 166–175, 194  
    болісні реакції горя 171  
    робота горя 171  
    стадії 161

Дебрифінг 15, 17–20  
Депресія 16, 57, 58, 62, 101, 115, 125, 133, 154, 171, 191, 199, 201, 202, 221, 224  
Деструктивний культ 58–65  
Дискордантні пари 103  
Drop-in zones (зони комфорту) 103

Empowerment (набуття сили) 100

Ідентичність, ідентифікація 9, 10, 31, 62–63, 78, 84, 114  
    статеворольова ідентичність 76, 77, 80, 81, 85  
    стадії формування гомосексуальної ідентичності 89  
Ізоляція 39, 57, 73, 82, 100, 101, 155, 158, 172, 174, 187, 192, 199, 220  
    самоізоляція 190

Катастрофи, екстремальні ситуації 10, 11, 13, 14, 15, 112–114, 117, 121, 125, 128–130, 132, 166, 189

Картина світу 9, 28, 32, 34, 36, 37, 42, 63, 153

Квір 74, 192

Когнітивний дисонанс 42, 133

Конфлікти

    внутрішній 10, 55, 89, 141, 205, 215

    конфліктність 56

    міжособистісні 83, 117, 136, 186, 205

Копінг-поведінка 83, 117

Криза

    вікові кризи 9–10, 27–33, 60

    етапи 11

    класифікації 9–10

    мотиваційна криза 28, 220–221

    професійні кризи 212–225

Механізм циркулярної реакції 122

Модальності сприйняття 18, 44–46

Мотиваційна втома 219–220

Муміфікація 13, 168

Надмірна пильність 114

Невроз, невротизація 14, 16, 28, 33, 55, 63, 118, 119, 183

    невроз успіху 220–221

Неповноцінність 12, 54–56, 60, 81, 83, 187, 194, 214, 219

---

Охоронна поведінка 169–170  
Паліативна медицина 152, 155  
Паніка 62, 121–123  
Перебільшене реагування 114, 115  
Пошукова активність 56  
Провина того, хто вижив 115  
Професійна міфологія (містика) 216–217  
Професійний аутизм 212  
ПТСР 13–14, 19–20, 58, 63, 114–117, 124–131, 164  
Психалгія 191  
Психогенні реакції 15, 55, 117, 121, 166, 171  
    психогенна амнезія 58  
Психодрама 159, 161  
Психологічний захист 62, 84, 114, 117, 118, 120–121, 156, 172, 191  
Психологічний час 13, 29, 32, 64, 106, 190, 191  
    компетентність у часі 13  
Психологічно здорова особистість 12, 115  
  
Реакція егоцентричного переключення 190–191  
Реакція негативного балансу 191  
Ресурси 11, 14, 18, 32, 37, 42, 63, 82, 103, 104, 106, 124, 137–140, 157, 158, 162–163, 196, 202–204, 205–206, 219–220, 221–224  
Рефлекс «бий або біжи» 126–128, 136  
Розототожнення 106  
  
Самоактуалізація 9, 30, 61, 223–224  
Самотність 13, 60, 73, 101, 103, 156, 186, 196  
Самотрансценденція 224  
Сенсорне бомбардування 62  
Смерть 10, 13, 14, 19, 27, 29, 32, 60, 101, 113, 152–154, 161, 166–175, 190, 192, 222  
Соматизація 12, 15, 174, 155–158, 213, 221, 224  
Соціальна підтримка 13, 103, 104, 117, 124, 130–131, 164–165, 169, 202, 203–204, 222  
«Спадщина предків» 141  
Сповідальні сесії 62  
Стать 74  
Стигма, стигматизація 99–100, 155  
    внутрішня стигма 99–100  
    зовнішня стигма 99, 155  
    ознаки стигми 99  
    стратегії керування стигмою 102  
Стокгольмський синдром 120–121  
Страх 15, 32, 54, 55, 57, 79, 100, 114, 116, 120, 121, 126, 128, 130, 132, 158, 163, 169, 173, 194, 197  
    страх смерті та вмирання 31, 101, 113, 119, 153–155, 174, 186, 194

---

Стрес, стресовий стан 9–16, 113, 129–130, 134, 157, 160, 199, 200, 212  
    стадії 14–16  
Стресостійкість 16, 159  
Суїцид, самогубство 10, 11, 12, 29, 33, 73, 100, 116, 182–206  
    недиференційоване підґрунтя суїцидальної поведінки 184  
    оцінка летальності 198–204  
    парасуїцидальна пауза 188  
    парасуїцидальні тенденції 185  
    пресуїцидальний період 184, 191  
    психодіагностика суїцидальної поведінки 190–191, 193–194  
    складові акту самогубства 184–185, 187, 188–191  
    спроба самогубства 183, 184, 196, 198, 200  
    стадії кризової терапії 204–206  
    суїцидальна загроза 190–191, 193, 196, 198, 199, 201  
    теорії суїцидальної поведінки 187–188  
    форми 188  
CBT (Cognitive Behavioral Treatment) 19–20  
  
Танатологія 152  
Танатотерапія 152–153  
Термінальні стани 13, 152–166  
    динаміка термінальних переживань 154–155  
Тероризм 14, 112, 117–121  
Техногенні катастрофи 133–134  
Технологія «Step by step» 61  
Травма 10, 13, 14, 52, 57, 112–113  
Травматизація  
    безпосередня травматизація 57, 113, 124  
    вторинна травматизація 19, 58  
    довгострокова травматизація 57, 113, 124  
    рикошетна травматизація 58, 113  
Травмуючі фактори 13, 14, 18, 19, 58, 113, 114, 125, 136, 159, 183, 199  
  
Фіксовані ідеї 35, 38, 40–41  
Фобії 57, 121  
    ситуаційні фобії 120  
Фрустрація, фрустрованість 31, 33, 118, 119, 187, 200  
  
Хронічна втома 101  
  
Цілепокладання 104, 105  
Цінності 9, 10, 11, 33, 54, 60, 62, 73, 100, 104, 201, 215, 224  
  
Шок 16, 57, 73, 100, 120, 122, 167, 172  
  
Я-концепція 9, 10, 37, 55, 58, 85, 89

Навчальне видання  
**Байер Оксана Олександрівна**  
**ЖИТТЄВІ КРИЗИ ОСОБИСТОСТІ**  
Навчальний посібник

Редактор В. Д. Маловик  
Технічний редактор В. А. Усенко  
Коректор В. Д. Маловик

---

Підписано до друку 30.09.2010. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Папір друкарський. Друк плоский.  
Ум. друк. арк. 14,2. Ум. фарбовідб. 14,66. Обл.-вид. арк. 16,06. Тираж 100 пр.  
Вид. № 1471. Зам. № .

---

**Свідоцтво держреєстрації ДК № 289 від 21.12.2000 р.**  
ДП «Видавництво ДНУ»,  
пр. Гагаріна, 72, м. Дніпропетровськ, 49010  
Друкарня ДНУ, вул. Наукова, 5, м. Дніпропетровськ, 49050

ISBN 978-966-551-323-0