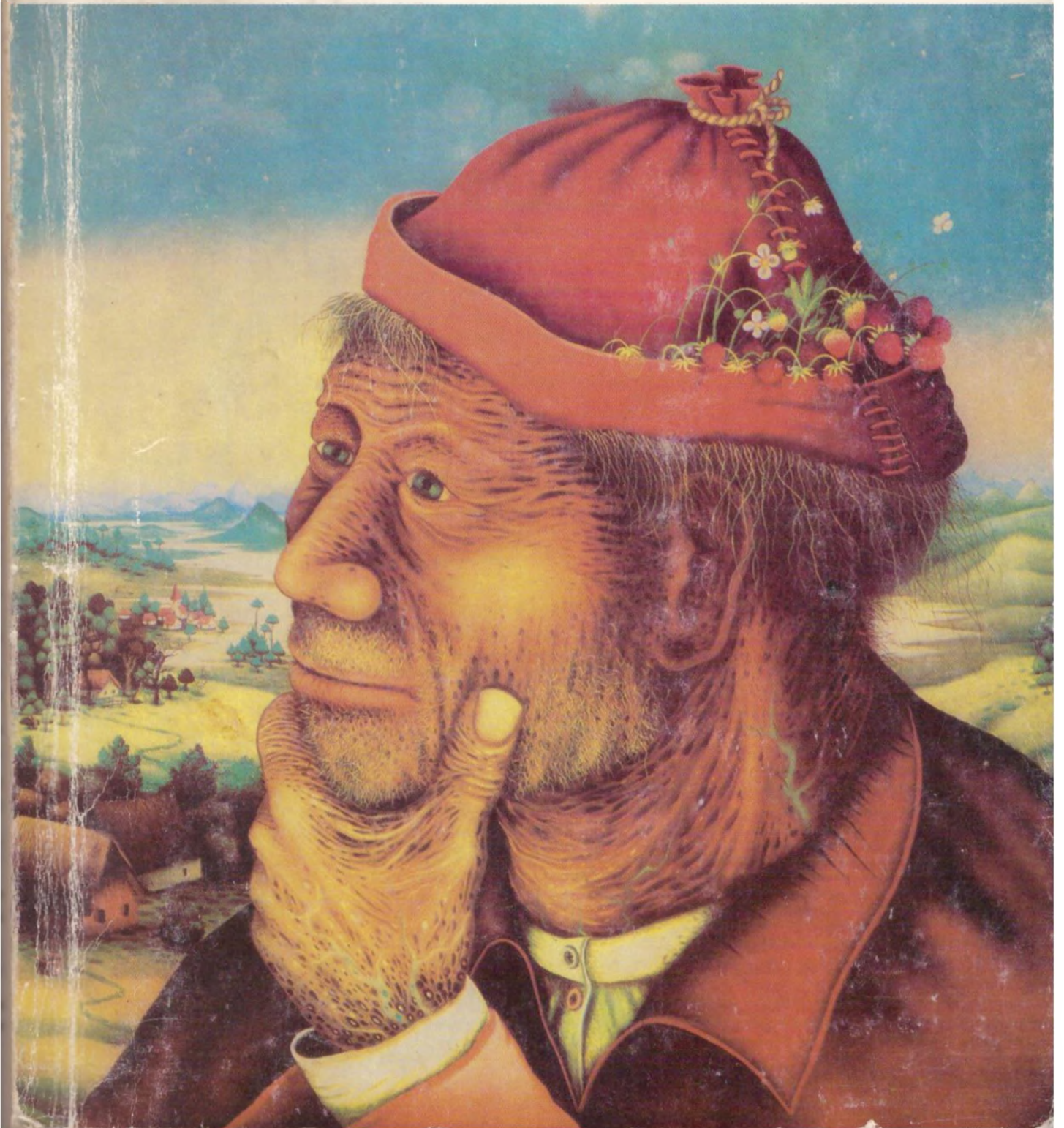


ПСИХОЛОГІЯ
ЖИТТЄВОЇ КРИЗИ



ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
АПН УКРАЇНИ

ПСИХОЛОГІЯ ЖИТТЄВОЇ КРИЗИ

Відповідальний редактор Т.М.Титаренко

Київ — 1998

ББК 88.52
П86

Рекомендовано до друку Вченою радою Інституту соціальної
та політичної психології АПН України

Психологія життєвої кризи / Відп. ред. Т.М.Титаренко. — К.: Агро-
промвидав України, 1998. — 348 с.

ISBN 966 – 558– 014 – 0

Монографію присвячено складним, проблемним ситуаціям, що їх, на жаль, так багато у повсякденному житті. Розглянуто різні типи життєвих криз особистості. Визначено шляхи психологічної підтримки та допомоги людині під час переживання кризи, запропоновано певні прийоми самопомоги.

Адресується психологам, суїцидологам, соціологам, соціальним працівникам, широкому колу читачів.

ББК 88.52

0303000000 – 006

П ----- замовне
227 – 98

ISBN 966 – 558– 014 – 0

© Інститут соціальної та політичної психології
АПН України, 1998
© Титаренко Т.М., 1998

ЗМІСТ

Вступ	5
-------------	---

Розділ I. Життєва криза очима психолога

1. Кризовий стан — норма і відхилення	8
2. Особистість на життєвому шляху	19
3. Буденність та її несподіванки	38
4. Свобода ставлення до скрутних обставин	47
5. Психологічна підтримка, допомога, реабілітація	59

Розділ II. Особистісні дисгармонії: криза чи ні?

1. Життєві ролі та рольова соціалізація	69
2. Криза як зміна життєвих ролей особистості	79
3. Хиби рольової соціалізації та психологічна допомога	88
4. Дисгармонія перехідного періоду від дитинства до зрілості	96
5. Особистість та поведінкові відхилення	122
6. Криза психосексуального розвитку	129
7. Суїцидальна поведінка особистості	159
8. Розпочати з нуля: проблема реадaptaції	178

Розділ III. Від народження до смерті

1. Криза народження: умови перебігу	191
2. Жінка як джерело нового життя	195
3. Психологія перинатального періоду	206
4. Психологічна допомога жінці та дитині на різних етапах пологів	217
5. Психотравма у житті особистості: pro і contra	231
6. Засоби допомоги при психотравматизації	239

7. Як запобігти психотравматизації та попередити життєві кризи	249
8. Ішемічна хвороба серця як життєва криза: шляхи подолання.....	254
9. Ураження ВІЛ/СНІД: початок життєвої кризи чи її результат?.....	265
10. Особливості психологічної допомоги при ВІЛ/СНІД.....	280
11. Термінальний період у житті людини	300
12. Література.....	338

ВСТУП

Тихе, спокійне, буденне життя... Як всі ми скучили за його прогнозованістю, повторюваністю, стабільністю. Як нам у нашому буремному, абсурдному сьогодні не вистачає його врівноваженості, рутинності, монотонності...

Глобальна соціально-економічна, державна, ідеологічна, екологічна криза, у вирі якої живемо, оголює індивідуальні проблеми кожної конкретної людини, викриває її внутрішні конфлікти, біди, страждання, загострює суперечності.

Але час неупинно прямує вперед, і незважаючи на будь-які зовнішні і внутрішні катаклізми, людина все ж знаходить у собі сили мужньо долати такий непростий маршрут в абсолютно індивідуальному, неповторному і водночас єдиному для всіх напрямку: із минулого у майбутнє, від народження до смерті.

Постійно шукаючи сенс власного існування на цьому карколомному життєвому шляху, деручись віковими сходинками, починаючи життя спочатку після кожної життєвої кризи, яких попереду ще чимало, людина дорослішає, зростає, набуває досвіду.

Кожна криза є найістотнішим іспитом, який складаємо час від часу, ніколи точно не знаючи, коли саме постанемо перед власним суворим судом. Раптова зупинка у поступі вперед — і ми перекреслюємо все досягнуте з такими зусиллями, відмовляємось від, здавалось би, найдорожчих цінностей, переглядаємо всі звичні життєві орієнтири. Буває, доводиться й повертати назад, шукаючи інший шлях, збираючи уламки майже вщент зруйнованої світобудови.

Що таке життєва криза? Як людина її переживає? Яким чином долає? Чи можна допомогти собі і своєму оточенню психологічно загартуватися, гідно підготуватися до чергової кризи, щоб вийти з неї без зниження якості життя, погіршення здоров'я, нових невротичних симптомів, без втрати віри в себе і своє майбутнє? На ці та інші питання читач знайде відповіді у книжці — першій в Україні ґрунтовній і різнобічній праці, присвяченій психології кризових станів.

Далеко не всі аспекти проблемного, драматичного нашого життя стали предметом колективного дослідження, адже їх безліч. Авторський колектив зосередив свою увагу на найголовніших, найтиповіших кризових ситуаціях, більшість з яких знайома людині з власного досвіду або досвіду родини, друзів, колег, знайомих, тобто того значущого життєвого середовища, яке й потребує нашої психологічної допомоги, підтримки, уваги.

Книжка складається з трьох розділів. У першому людина, що переживає кризу, розглядається у контексті ставлення до власного жит-

тя, його етапів, періодів, буденних навантажень та раптових несподіванок. Йдеться про вікові і не лише вікові кризові ситуації. Аналізуються форми переживання людиною життєвої кризи, найхарактерніші типи кризових ситуацій. Визначено, чим є для особистості час її життя, психологічний вік, яким чином певні значні події стають етапами життєвого шляху. Приділено увагу повсякденній психологічній травматизації та технікам життя у складних умовах. Розглянуто можливості надання психологічної підтримки людині, що перебуває у кризовому стані, допомоги її близьким.

Другий розділ присвячено хибам рольової соціалізації та особистісним дисгармоніям, які загострюються у кризових життєвих ситуаціях, потребуючи особливої уваги, профілактичної та корекційної роботи. Значну увагу приділено рольовій взаємодії, рольовим стресам, конфліктам, кризам. Розглянуто девіантну поведінку особистості, без якої не відбувається жодної кризи. Акцентовано увагу на сексуальних відхиленнях та можливостях попередження девіантної статевої поведінки. Проаналізовано особливості реагування на травмуючі ситуації незрілої, інфантильної особистості. Визначено найнебезпечнішу форму реагування на життєву кризу — суїцидальну поведінку особистості — та позначено шляхи її запобігання.

Третій розділ пропонує психосоматичний ракурс проблеми переживання життєвої кризи, оскільки особистість є нерозривною єдністю психіки і соми, душі й тіла. Засоби профілактичної, консультативної, психотерапевтичної, реабілітаційної роботи аналізуються у цьому розділі починаючи від кризи народження і закінчуючи кризою вмирання. Визначено, що таке криза народження для матері і дитини, як працювати з вагітними жінками груп соціально-психологічного ризику, якими мають бути методи психологічної допомоги та самопомоги на різних етапах перинатального періоду. Спеціальну увагу присвячено віддаленим наслідкам психотравм, що їх отримує людина на початку свого життя. Розглянуто можливості психологічної підтримки тяжкохворих (кардіологія, СНІД, онкологія).

Так читач поступово знайомиться з можливостями допомоги та самопомоги у повсякденних стресових ситуаціях, при розв'язанні рольових конфліктів, наближаючись до найдраматичніших життєвих обставин, найгостріших, найбільш болючих випробувань, які можуть випасти на долю кожного.

Основним джерелом підготовки книжки є авторські дослідження колишнього колективу лабораторії реабілітації Інституту психології, а нині лабораторії соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології Академії педагогічних наук України.

Автори: вступ, глави 1—5 розділу I — Т.М.Титаренко, глави 1—3 розділу II — П.П.Горностай, глава 4 розділу II — Т.С.Гурлева, глава 5 розділу II — В.Ф.Маценко, глава 6 розділу II — І.І.Лановенко, глава 7 розділу II — Т.О.Ларіна, глава 8 розділу II — Н.В.Алікіна, глави 1—4 розділу III — Н.О.Татенко, глави 5—7 розділу III — Б.П.Лазоренко, глава 8 розділу III — А.П.Сисецький, глави 8—10 розділу III — О.П.Пурік, глава 11 розділу III — С.Я.Карпиловська.

Комп'ютерний набір — Г.Г.Репицької, постійна увага, турбота якої створювала для авторського колективу неповторну творчу атмосферу, сприяючи вдосконаленню рукопису.

Автори висловлюють щире подяку шановним рецензентам — доктору психологічних наук В.О.Татенку та кандидату психологічних наук І.А.Грабській — за кваліфіковану та неформальну допомогу в усуненні певних недоліків книжки, а також членам Вченої ради Інституту соціальної та політичної психології за постійну прискіпливу та доброзичливу вимогливість до наукового пошуку та його вчасного завершення.

РОЗДІЛ I

ЖИТТЄВА КРИЗА ОЧИМА ПСИХОЛОГА

1. КРИЗОВИЙ СТАН — НОРМА І ВІДХИЛЕННЯ

Чому і як особистість розвивається

Особистість — соціальне обличчя людини, “Я” для інших, реальна динамічна сутність кожного з нас. Особистість має диспозицію поводитися певним чином у певних обставинах. Ситуації, які пропонує їй життя, — це нерідко саме ті ситуації, в які вона активно прагне потрапити, щоб засвоїти щось важливе, зробити наступний крок на шляху саморозвитку, самотворення.

Здорова, зріла особистість є функціонально автономною, її поведінка усвідомлено вмотивована. Вона вміє дивитися на себе очима оточуючих, здатна до теших, ширих взаємин, поважає різні цінності та установки, що їх мають оточуючі. Зріла особистість вміє регулювати власні негативні емоційні стани, вона терпляче ставиться до тих недоліків, яких ще не може позбутися. У неї є нормальне почуття реальності: вона бачить речі такими, якими вони насправді є, а не такими, якими вона хотіла би їх бачити.

Особистість не є лише “ансамблем суспільних відносин”, принаймні як об’єкт психологічного дослідження. Вона радше виступає “хазяїном” власних психічних функцій, найвищою інстанцією, що інтегрує життя людини як таке. Особистість є цілісністю, яка вміє самовизначатися, має неабиякий потенціал саморозвитку і діє свідомо та цілеспрямовано (*Джеймс У., Олпорт Г., Штерн В.*).

Ми звикли стверджувати, що людина особистістю не народжується, що її становлення передбачає певні соціальні умови, відсутність яких повністю блокує цей процес. Але наголошуючи на цьому, ми дещо абстрагуємося від ролі самої людини у власному творінні. Ролі, яку важко перебільшити, з якою неможливо не рахуватись.

Однією з істотних складових особистості є “Я” для інших, рольова підструктура, чи так звана персона, соціальне обличчя людини. І саме формування цієї підструктури особистості традиційно розглядається як розвиток особистості в цілому, її соціалізація.

Персона відповідає за регулятивні механізми психічної активності, поведінки, взаємодії з оточенням, від неї залежить якість адап-

тації. І соціальні очікування є тим життєдайним середовищем, яке створює актуалізацію, дозрівання, становлення саме цієї складової особистості. Але чи виникає ця рольова складова у першу чергу?

Крім персони, особистість як складна система має й декілька інших підструктур. Почавши з найповерхневішої, відразу позначимо найглибиннішу, яку різні автори називають сутністю, душею, самістю, єством. Мається на увазі той найпотаємніший і найістотніший центр, те ядро особистості, яке інтегрує все психічне життя, всі аспекти індивідуальності. Це місце, в якому сконцентровано, заархівовано весь потенціал особистісного зростання, всю енергію самотворення.

Ідеться про цілком позитивну реальність, фундамент особистості, що стимулює динаміку життя завдяки найістотнішому прагненню існувати, бути. Саме в цьому прагненні слід шукати головні мотиваційні ресурси, що забезпечують особистісне зростання. Єство — це місце, де знаходяться особистісна ідентичність, корені всіх позитивних рис, якостей, здібностей, обдаровань.

На початку життя, коли ще не існує розгалужених і потужних психологічних захистів, коли компенсаторних та гіперкомпенсаторних механізмів ще не сформовано, коли немає у нашому арсеналі всієї тієї безлічі масок, що їх доросла людина так спритно змінює, маленька дитина заворожує своєю невимушеністю, автентичністю, достотністю, живучи у злагоді з власним єством. Згодом, на жаль, для переважної більшості з нас усе змінюється, і ми виявляємось спроможними чути голос нашого єства, скеровувати відповідно до нього наші вчинки дуже рідко, у якихось примежових, екзистенціальних ситуаціях.

Щодня ж ми просто існуємо, функціонуємо, щось продукуємо, не без успіху засвоюючи нові й нові ролі, обростаючи звичками, обов'язками, боргами. Інколи лише страшне горе, втрата найдорожчої людини або власний раптовий діагноз, який звучить як вирок, умить змінюють все навколо, висвітлюючи найголосніші життєві цінності, найзаповітніші мрії, справжні бажання. І тоді те, навколо чого вирувало життя, стає нікому не потрібною метушнею, а те, про що нібито й ніколи не думалося, постає у всій своїй величі як справжній сенс існування.

Особистість не може жити не розвиваючись. Розвиток, як відомо, є головним способом її існування впродовж життєвого шляху (Ананьєв Б.Г., 1977; Костюк Г.С., 1988; Рубінштейн С.Л., 1973). Цьому розвиткові притаманні специфічні закони, що характеризують внутрішню логіку його становлення. Особистість у розвитку — це поступово глибша індивідуалізація, дедалі виразніша своєрідність, відособленість від зовнішніх впливів, які мало-по-малу втрачають першочергову значущість.

Розвиваючись, особистість постійно будує і перебудовує свій життєвий світ. Вона створює його, структуруючи зовнішню дійсність відповідно до внутрішньої. Саме особистість з її планами та установками, ненаситними потребами та несвідомими імпульсами визначає ракурс, в якому людина бачить зовнішній світ, орієнтується у ньому, пристосовується до життя.

Життєвий світ можна розглядати як певну концептуальну модель багатовимірного відображення реальності, яка описує об'єктивну дійсність за допомогою різних перцептивних, вербальних, міфологічних, символічних мов. Образи, символи, знаки надають світові особливої форми, індивідуальної "упаковки". Це пряма і зворотна проєкції внутрішнього і зовнішнього світів один на одного, багаторазово відображена й у кожному відображенні змінювана реальність.

Не кожне перетворення, видозміну можна вважати розвитком, тобто поступом у прогресивному напрямі. Життєвий світ будується у процесі саморозгортання особистості, наростання суб'єктності як показника її зрілості. Складна взаємодія біологічних, психологічних і соціальних детермінант розвитку, їхні відносна автономність і взаємовплив задають траєкторію життєвого шляху, його періодизацію.

Кількість чинників, які детермінують процес розвитку, збільшується, проте це не обмежує зростання суб'єктності, внутрішньої свободи, позаяк зовнішні детермінанти дедалі більше опосередковуються специфікою внутрішньої структури, перетворюються, індивідуалізуються, втрачають універсально-безликий характер.

Хода життєвим шляхом відбувається не рівномірно-поступово, а хвилеподібно, аритмічно, то прискорюючись, то вповільнюючись; процеси диференціації та інтеграції чергуються. Нові, зріліші структури позбавляються зайвих елементів, синкретичної багатоманітності. З роками все стає простішим, чіткішим, зрівноваженішим.

Особистісне зростання є активним процесом становлення, у якому людина бере на себе відповідальність за своє життя, свій життєвий шлях. Усі ми постійно відчуваємо на собі вплив якихось потреб, прагнень, планів, мрій, амбіцій, що генеруються ізсередини нашого єства. На різних вікових етапах усі ми відчуваємо, як змінюється наше життя завдяки сприятливим або, навпаки, руйнівним зовнішнім обставинам. Але й найтяжчі умови, про які пише В.Франкл, пригадуючи свій досвід перебування в концтаборі, не є вирішальними, "...особистість ув'язненого зумовлюється власними внутрішніми рішеннями, а не виключно впливом умов табору... кожна людина може навіть у подібних умовах вирішувати, якою вона стане психологічно і духовно" (1997, с.215-216).

Чому особистість розвивається? Що стимулює її прагнення до ускладнення, гармонізації, вдосконалення?

Головною рушійною силою розвитку, за Ш.Бюлер, є вроджене прагнення людини до самоздійснення, яке водночас є і процесом, і результатом життєвого шляху. Як вважає К.Г.Юнг, активність особистості — це результат загальної психічної енергії, що підкорюється двом головним динамічним закономірностям — прогресії та регресії. Прогресія здійснює пристосування до умов зовнішнього життя особистості, а регресія допомагає пристосуванню до внутрішнього життя. Обидва процеси взаємопов'язані і однаковою мірою необхідні, оскільки людина не може адекватно реагувати на зовнішні чинники, якщо вона не перебуває у співзвучності з самою собою.

До теорій самодетермінації особистісного розвитку можна віднести і гуманістично зорієнтовані концепції А.Маслоу, К.Роджерса, Р.Мей, А.Роше та ін. Глибинні потреби в істині, добрі, красі, любові, обдаровання, найзначущі потенції людини створюють її глибинне сутнісне ядро. Ця сутність первинно безконфліктна, несуперечлива, має величезний енергетичний потенціал самопрояву, самовизначення. Зовнішні умови можуть бути лише більш-менш несприятливими або, навпаки, полегшуючими цей процес сутнісного самозростання.

Потенціал особистісного саморозвитку одвічно закладено в кожній людині. Навіть найнесприятливіші умови життя не спроможні остаточно зупинити, істотним чином загальмувати цей переможний рух уперед. У людини завжди є вибір, який здатний змінити смисложиттєві орієнтації. Це вибір траєкторії життєвого шляху, подальшого напрямку самостворення. Саме вибір квантує час життя людини, позначаючи його головні віхи.

Власне в акті особистісного вибору й експлікується, виявляється суб'єктність як така. Якщо людина уникає вибору, не робить його вчасно, вона потрапляє у кризову життєву ситуацію, яка все одно примушує її опинитись перед цим самим вибором, але вже у максимально загостреній, екстремальній формі. Криза вимагає розгорнутого, аргументованого, усвідомленого розв'язання задачі на смисл, яке у буденності відбувається найчастіше згорнуто, неструктуровано.

Самодетермінацію особистісного розвитку не можуть не гальмувати всілякі відхилення, дитячі травми, невротичні непродуктивні захисти, кризові ситуації. Як організм людини має запрограмовану природою енергію зберігатися, розвиватися, долаючи ті чи ті перешкоди, так і особистість прагне виявити, реалізувати всі свої потенції, максимально гармонізуючи свою структуру, а відтак і життєвий світ.

Чи можливий безкризовий розвиток

Уявімо собі, що хтось із наших знайомих або навіть ми самі живемо спокійно, рухаємось вперед життєвим шляхом поступово,

нікуди не поспішаючи, нічого не руйнуючи в собі та навколо себе. Щаслива доля створила такі собі казкові життєві умови, і роки минають за роками, а ми крокуємо і крокуємо вперед. Ніяких штормів, розчарувань, ніяких помилок, хибних виборів, зрад, горя, втрат, ніяких страждань, депресій, самозвинувачень. Нам незнайоме болюче почуття провини, ми ніколи не відчуваємо, що життя не має аніякого сенсу.

Таке може хіба що наснитися. Так просто не розвивається навіть організм. А особистість — це набагато складніша система, яка має чимало різних компонентів, що впливають одне на одного. До того ж швидкість розвитку кожного елемента особистісної структури дуже своєрідна. У чомусь ми залишасмося інфантилами, а в чомусь значно випереджаємо інших. Становлення людини залежить від такої кількості різних — і внутрішніх, і зовнішніх — умов, що вигадати маленький штучний елізіум, у якому можна було би змодельовати ідеально гармонійний розвиток, — це абсолютна утопія.

Якби розвиток особистості був лише кількісним накопичуванням певних змін, за такого розуміння не було би місця для якісно нових рівнів, для новоутворень. У той же час кожний віковий етап, як відомо, характеризується появою специфічних новоутворень, які свідчать про додання певної віхи у процесі дорослішання.

Але драматизувати людське життя, шукати у ньому передусім нерозв'язувані проблеми, тяжкі обставини, небезпечні випробування також було би помилково. Розвиток — це не лише переривчатість, стрибкоподібність, руйнації життєвого світу та нові його реконструкції. Якби так насправді було, втрачалась би спадкоємність, єдина ієрархія, в якій вищі щаблі розвиваються на ґрунті нижчих. Метаморфози метаморфозами, але особистість на будь-якому віковому етапі все ж лишається впізнаваною.

Як відомо, розвиток особистості поєднує у собі гармонійні і дисгармонійні фази, кризи різної глибини і складності, що породжують як позитивні, так і негативні новоутворення. Розвиток є результатом цілої системи змін: прогресивних і регресивних, кількісних і якісних, зворотних і незворотних, стабільних і нестійких, спрямованих і стохастичних. Процес розвитку ніби пробивається, прокладає собі шлях крізь численні флуктуації, відхилення, зміни. Цей процес є керованим, цілеспрямованим, суб'єктивно врегульованим. Саме тому всі зміни, що відбуваються, можуть кумулюватися, інтегруватися, вишикуватися у внутрішньо обумовлену лінію, траєкторію життєвого шляху.

Становлення життєвого світу відбувається у процесі прогресивного, незворотного розвитку, але не векторно. І життєві обставини, і внутрішня логіка розвитку передбачають регрес, затримки, повторення, складні життєві ситуації.

Чи обов'язково потрібні кризи для розвитку кожної особистості? Чи зростає особистість взагалі, якщо вона вже є досконалою, має плідотворну життєву орієнтацію, якщо запозичити термін у Е.Фромма? У якому напрямку відбувається це зростання? В бік дедалі більшої богоподібності? Можливо, після досягнення рівня особистісної зрілості подальша динаміка стає рівномірнішою, без злетів і падінь, без раптових стрибків і болісних руйнацій?

Звідки береться така дивна досконалість? Це природний дар, з яким людина народжується або до якого має схильність? Чи це результат важкої праці над собою? Якщо про природний дар говорити несерйозно, то яким повинен стати той перелом, якою — та вирішальна криза, після котрої вже ніяких криз не слід чекати? Коли і як людина переживає цю архікризу?

Якщо припустити, що здорова особистість, "перехворівши" на кризові ситуації в дитинстві, пізніше має певний психологічний імунітет, то кризовий стан, здавалося, можна було б сприймати як явище необов'язкове, як відхилення у нормальній життєдіяльності. На щастя, це не так.

Навіть зріла, творча особистість, яку А.Маслоу називає самоактуалізованою, навряд чи може запобігти кризових ситуацій, які змінюють спосіб детермінації процесів подальшого розвитку, задаючи подальшу траєкторію саморозвитку, самозростання. Важко уявити собі життя, яке було б позбавлене певних драм, складних, несподіваних ситуацій, проблем, які спочатку здаються майже нерозв'язуваними. Ніхто не застрахований від трагічних обставин, пов'язаних зі смертю рідних і близьких. До того ж вікові етапи розмежовуються між собою якісно, маючи такі характеристики, які виникають лише під час стрибкоподібного переходу з етапу на етап, під час життєвої кризи.

Людина має свій неповторний світ, який змінюється протягом всього життя. Всі ми залежимо від власного минулого, від своєї ні на кого не схожої історії, яку створюємо своїми вчинками, рішеннями, буденними виборами. Ми також залежні від сьогодення з його суєтою, метушню, стресами, втомою, хворобами, невідкладними справами. Не меншою є й залежність від майбутнього, від уявлень про завтрашній день, від надій, бажань, усвідомлених і не дуже усвідомлюваних мрій і прогнозів.

Всі ці часи життя можуть існувати у нашій свідомості в єдності, у взаємозв'язку, а можуть бути майже зовсім відокремленими один від одного. І тоді одним з професійних завдань психолога-консультанта, що працює з кризовим клієнтом, буде актуалізація впливу індивідуального минулого на теперішній час та навпаки — сьогодення на розуміння та прийняття своєї власної історії, впливу цих двох часів на прогнозування майбутнього, його ймовірність.

Саме кризова ситуація допомагає людині зрозуміти свій життєвий задум, дає можливість побачити, пережити власне минуле, теперішнє й майбутнє водночас, усвідомити їхній нерозривний зв'язок, обумовленість одне одним.

Ми не рухаємось життєвим шляхом за логікою "життєвого ескалатора", не сподіваємось, що ставши на певну сходинку далі будемо йти автоматично. Наше життя — це завжди несподіванки, сюрпризи, не повороти, роздоріжжя, розгалуження головної дороги, які й символізують кризові ситуації.

У перекладі з грецької криза — це зміна напрямку, рішення, вибір. Серед перекладів слова "криза" зустрічається і значення "суд". Близьким до нього семантично є і слово "критика", як вважає Ф.Ю.Василюк, спираючись на думку С.С.Аверинцева (1995). Так чи інакше, у кризовій ситуації людина стає власним прокурором, суддею і адвокатом. Вона спочатку завзято звинувачує себе, потім починає по-троху виправдовувати і нарешті виносить вирок, як їй жити далі.

Кризою можна назвати такий віраж на життєвому шляху, коли під загрозою опиняється життєвий задум, проект майбутньої світобудови. Старий життєвий світ руйнується частково чи майже дощенту. Людині доводиться відмовлятися від звичних уявлень про цінності, ідеали, смисли, цілі. Вона опиняється перед запитаннями, які не мають однозначних відповідей.

Як людина переживає кризу

Що провокує кризову ситуацію — внутрішні проблеми, які накопичуються, або несприятливі зовнішні обставини?

Виявляється, однозначно чіткої відповіді на це питання дати неможливо. У кризовій ситуації особистість стає дедалі неврівноваженішою, набуваючи загостреної чутливості до зовнішніх впливів. Слабкі сигнали на вході системи можуть породжувати значні відгуки, а іноді призводити до несподіваних ефектів. Система в цілому, як зазначає І.Пригожин, перебудовується таким чином, що її поведінка стає непередбачуваною.

Але соціальна інтерверсія, зовнішні впливи знаходять підготовлений ґрунт, підштовхуючи людину до кризи, виводячи її розвиток на непередбачувану траєкторію, яка згодом може виявитися й забороненою, тобто небезпечною для здоров'я, подальшого розвитку, навіть руйнівною.

Людині, яка переживає кризу, доводиться докорінно себе перетворювати, відмовляючись від звичного і зручного уявлення про власну цінність, про своє призначення у цьому світі. Як відомо, ставлення до себе хочеться обов'язково зберегти, і тоді доводиться починати рух у

якийсь невідомий бік, уявляти життя не таким, як раніше шукати нові засоби самопрояву. Так чи інакше, зберегти усталені цінності, коли змінюється життєвий задум, не вдається. Інакшим стає ставлення до світу, інакшим виявляється образ самого себе, а цей процес ніколи не буває швидким або безболісним.

Чи таким я був? Як мені тепер жити далі? Навіщо все це? Чого чекаги від майбутнього? Бути чи не бути?

Такі і подібні до них запитання частково відтворюють особливості переживання складної життєвої ситуації. Несхожі індивідуальності, різні характери накладають свій неповторний відбиток на глибину, тривалість і складність кризових переживань. Буває, що одні й ті ж життєві обставини у минулому році переживались досить легко і поверхово, не спричинивши розгортання справжньої кризи, а сьогодні раптом починають сприйматися як катастрофічні. Все залежить від ґрунту, на який потрапляє зовнішній подразник.

Інтенсивність соціальних катаклізмів, несприятливих факторів для кожної людини особлива. Зовнішні умови стають поштовхом для зміни життєвого задуму, реконструкції життєвого світу лише тоді, коли, як зауважує Ф.Ю.Василюк, воля виявляється безсилою (1984). Це відбувається тоді, коли напруженість внутрішньоособистісних суперечностей, випадкові невдачі, образи, хвороби, побутові неприємності, депресії роблять особистість як систему дедалі невірноваженішою.

Кризу можна визначити як тривалий внутрішній конфлікт з приводу життя в цілому, його сенсу, головних цілей та шляхів їх досягнення.

Переживання людиною кризи тісно пов'язане зі ступенем усвідомлення кризового стану. Деякі люди мають змогу відверто зізнатися собі у гострих проблемах, які нагромадились, у погіршенні працездатності, появі соматичних симптомів, ускладненнях у спілкуванні, тривожності, дратівливості тощо. Інші, не помічаючи наближення чи навіть розгортання кризової ситуації, намагаються сховатися від необхідності усвідомлення скрутних життєвих обставин і воліють захворіти або вдатися до вживання алкоголю, щоб уникнути вирішення актуальних проблем.

Усвідомлення кризового стану збільшується із зростанням рівня особистісної зрілості, із здатністю до рефлексування, яка у кожної людини особливі, специфічні. Ці можливості можна розвинути, вони залежать деякою мірою від індивідуального досвіду попереднього розв'язання складних життєвих колізій.

Серед найнеприємніших кризових переживань слід згадати неможливість прогнозувати власне майбутнє. Потреба вийти за межі сьогодення є притаманною кожній людині. У скрутних життєвих обставинах майбутнє звужується, перспектива втрачається, і тривога з приводу

завтрашнього дня, небажаних несподіванок, можливих неприємних сюрпризів починає негативно впливати на самопочуття, працездатність, стосунки з оточуючими, смак до життя як такий.

У житті кожного можна проаналізувати ситуації з невизначеним майбутнім. Це, наприклад, складні життєві обставини, коли людина вперше чує про небезпечний діагноз від лікаря, коли вона стикається із загостренням хвороби у когось із близьких, коли треба поміняти роботу, місце проживання, колектив співробітників, до якого вона звикла, коли у сім'ї переживається народження дитини, закінчення школи, весілля, ремонт або інші значні зміни. Тоді уявлення про найближче майбутнє затьмарюється, стає нечітким, невизначеним, і страх перед чимось новим, невідомим, незбагненим, просто незвичним, перед необхідністю адаптації, відмови від старих звичок починає переслідувати людину, забираючи енергію, знесилюючи.

У кризовому стані виникає стійке почуття нереальності того, що відбувається. Здається, такого просто не може бути, це якийсь страшний сон, жах, хвора фантазія. Обставини складаються таким чином, що повірити у власні сили, у можливість подолати перешкоди спочатку дуже важко, і тому особистість "ховається" за почуття недійсності, несправжності, випадковості.

Переживаючи кризову ситуацію, людина відчуває, як хвилі прикrostі, болю, образи, туги, відчаю раптом поглинають її всю, стають на деякий час майже нестерпними, потім потроху слабшають, щоб навіть без зовнішніх доштовхів посилитися знов. Припливи, відпливи, знов припливи...

Процес негативних емоційних переживань є хвилеподібним, і знання про це дає змогу особистості перетерпіти напад страждання, перечекати пік болю, передчуваючи обов'язкове полегшення. Вкрай болючі емоційні стани, посилюючись знов і знов, потрохи слабшають, хвилі переживань зменшуються, шторм заспокоюється. Час, як відомо, — кращий лікар. Але і він нерідко потребує допомоги.

Типи кризових ситуацій

Для консультанта, що працює з кризовими клієнтами, зручною є типологія критичних ситуацій, розроблена Ф.Ю.Василюком (1995). Він пропонує розглядати чотири типи життєвих світів особистості і відповідно до них вибудовує типи життєвої кризи. Умовно у життєвому світі виділяються світи зовнішній і внутрішній.

Зовнішній світ має два стани: він може бути легким, або важким. Легкий гарантує задоволення всіх актуалізованих потреб людини, що мешкає у ньому. Важкий — не гарантує цього. Внутрішній світ буває простим і складним. У простому світі є лише одна потреба або єдине

життєве ставлення. У складному світі потреб або ставлень декілька, і вони можуть вступати у зіткнення одне з одним.

У легкому і простому життєвому світі навіть незначна затримка у задоволенні актуальної потреби сприймається як криза. Часткова незадоволеність переростає у справжню катастрофу, і, таким чином, для інфантильної особистості, що мешкає у цьому світі, кожен стрес є глобальною життєвою кризою. Зауважимо, що інфантильна установка залежить від віку людини, її конституційно-характерологічних особливостей, актуального психофізіологічного стану (і тому захворювання, перевтома, виснаженість знижують стресостійкість, актуалізуючи образи, вередливість, нестриманість тощо).

Для людини, що живе у важкому і простому світі, завдяки наявності терпіння стрес не стає кризою. "Стрес, властиво, це утримувана в щорах терпіння, приборкана терпінням інфантильна криза" (Василюк Ф.Е., 1995, с.93). Стресів у цьому світі багато, і вони або переростають у предметну діяльність, або породжують психосоматичну симптоматику. Оскільки у людини цього світу є лише одна значуща потреба, то за неможливості її задоволення все життя опиняється під загрозою. Таким чином, фрустрація стає життєвою кризою.

У легкому і складному світі людина володіє власними механізмами опанування стресових ситуацій: а) ціннісно знижуючи значущість актуалізованого життєвого відношення; б) переключаючись на інше життєве відношення. Фрустрацій як таких у цьому світі не буває. А внутрішній конфлікт переростає у кризу, по-перше, тому що навіть невеличкий конфлікт двох потреб стає порушенням внутрішньої єдності свідомості, а по-друге, у легкому світі немає ніяких "інших ситуацій", ніяких "там" і "тоді". Якщо не тут, то ніде, якщо не тепер, то ніколи.

І, нарешті, у важкому і складному життєвому світі людина не сподівається на повсякчасне задоволення кожної своєї потреби, і тому стрес не стає для неї кризою. Хоча інколи так звані "мікрокризи" виникають, якщо стрес стає надто тотальним і тривалим. Фрустрація також переживається як фрустрація, не перетворюючись на справжню кризу, хоча за певних обставин "мікрокризу" вона може спровокувати. "У складному і важкому світі є час і місце для спроб та помилок, випробувань і вороття, відстрочок і компромісів, порад і відпочинку" (Василюк Ф.Е., 1995, с.99). Саме тому і конфлікт найчастіше існує сам по собі, не стаючи справжньою кризою, але провокуючи численні зовнішні і внутрішні мікрокризи.

У складному і важкому світі є всі чотири типи критичних ситуацій. Стрес, фрустрація і конфлікт можуть за певних умов породжувати мікрокризи, коли людина скочується у світовідчуття, що відповідає легкому або простому життєвому світові.

Кризи, що їх переживає кожна особистість, бувають також нормальними або анормальними. Що таке нормальна криза? Хіба можна тяжкий, небезпечний стан вважати нормою?

Кожне життя складається з певних періодів, етапів, стадій, які чимось несхожі, особливі. Той чи той вік має свій початок і кінець. Людина, як равлик, час від часу ламає стару, тісну оболонку і вчиться жити знов. Стан, що виникає з моменту завершення певного вікового етапу і триває до утворення іншого, переживається як важкий, хворобливий, кризовий. Такі кризи мають у психології назву нормальних, прогресивних — на відміну від криз анормальних, регресивних.

Нормальна криза — це перехід від одного вікового етапу до іншого, наприклад, від молодшого шкільного віку до підліткового або від молодості до зрілості. Подібні кризи є нормальними, нормативними, тому, що немає людини, яка б не переживала такої кризи протягом життя, яка була б позбавлена необхідності дорослішати, зростати, старіти, наближуватись до життєвого фіналу. Нормативність — це існування у межах норми. Вікові розлади мають не досить тривалий, найчастіше ненатологічний характер. Для оточуючих та навіть для самої людини ці розлади можуть бути й майже непомітними.

Серед неприємних емоційних корелятивів кризового стану, що супроводжують нормативну кризу, найчастіше трапляються напруженість, тривога, депресивні симптоми. Особливості вікових розладів залежать від природжених конституційних властивостей, складу нервової системи, структури особистості, характеру, набутого досвіду, стилю виховання, взаємодії з оточуючими.

Нормальна, себто вікова криза, готується зсередини, час її дебюту визначається тим, наскільки людина засвоїла все те, що треба було опанувати на цій віковій сходинці, як вона підготувалася, часом несвідомо, спроквола, до змужніння чи зів'янення, старіння.

Головний симптом наближення нормативної кризи пов'язаний з тим, що провідна діяльність, якою була, наприклад, гра для дошкільника, навчання для молодшого школяра, вже не може залишатися найголовнішою, провідною. Мова йде про психічне насичення, коли у межах провідної діяльності вікову детермінанту вичерпано, тобто вже немає сприятливих умов для зростання, подальшого розвитку, і виникнення кризи стає неминучим.

Якщо людина чомусь обминула нормальний віковий період зміни старої оболонки, не пережила вчасно прогресивну, нормальну кризу або пережила її у дуже "стертій", невиразній формі, збільшується ймовірність так званих регресивних, анормальних кризових станів.

Анормальна криза не пов'язана із завершенням певного етапу психічного розвитку, певною стадією життєвого шляху. Вона виникає у складних життєвих умовах, коли людина переживає події, що раптово

змінюють її долю. Такі події можуть відбуватися у родинному, професійному, особистому житті. Особливо болісно переживаються життєві колізії після серії випадкових невдач, під час зростання загального незадоволення собою, власною долею, своєю діяльністю, супутником життя.

Тяжкі життєві ситуації, які підштовхують людину до аномальної, ненормативної кризи, — це такі життєві обставини, що потребують від людини дій, перевершуючих її адаптивні можливості, енергетичні ресурси. Повсякчасні неприємності можуть також впливати на виникнення або перебіг ненормативної кризи, якщо їх забагато, якщо вони переслідують людину на кожному кроці.

Ненормативна криза руйнує не лише діяльності, що вже не є провідними. Вона зачіпає також і діяльності відносно незрілі, не цілком засвоені. Негативна фаза, під час якої йде процес руйнації, триває набагато довше, ніж у межах кризи нормативної.

Творча особистість на відміну від особистості незрілої, нетворчої може перетворити найтяжчі життєві обставини у плацдарм для формування нових "технік" життя, конструктивних життєвих стратегій. Вона не лише переживає неприємності, не лише страждає, а й сприймає їх як випробування, які навчають, дають необхідний досвід, загартовують.

Серед типів кризових ситуацій слід визначити також кризи біографічні. Людина у різних формах переживає саме непродуктивність свого життєвого шляху: не так живе, не таким уявляла своє життя, не таким було минуле, як могло б бути. Кризу називають біографічною тому, що ця криза розглядається з точки зору суб'єкта життя. Інколи людина сама певною мірою "провокує" кризу. Криза є біографічною, коли роль особистості у порівнянні з роллю життєвих обставин активніша (Ахмеров Р.А.).

Дійсно, ми не лише переживаємо кризу, яка вже почалася, інколи ми явно її провокуємо, загострюємо. Є такі особистості, які вміють не помічати неприємностей. Існують і протилежні характери, схильні до перебільшення емоційних проблем. Вони більше страждають, маючи потребу до переживання суперечностей.

2. ОСОБИСТІСТЬ НА ЖИТТЄВОМУ ШЛЯХУ

Час життя і психологічний вік людини

Кожна особистість є творцем власної історії, "головним режисером" тієї величної та унікальної вистави, якою є життя. Людина залежить від власного минулого, що безпосередньо впливає на сьогодення; вона залежить і від ставлення до майбутнього, від сподівань, бажань,

мрій, очікувань. Уявлення про минуле, теперішнє і майбутнє переживаються одночасно і визначають поведінку людини всі разом.

“... Аби зрозуміти шлях свого розвитку в його достотній людській сутності, — писав С.Рубінштейн, — людина повинна його розглядати в певному аспекті: чим я був? — що я зробив? — чим я став?..” (1989, с.246).

Людина — це далеко не тільки організм, який розвивається за певною усталеною програмою. Вона має свою власну історію, яку сама створює, за яку несе персональну відповідальність. Вона веде себе вперед, видозмінює, формує. Інколи цю історію дуже хочеться переписати, забути, почати спочатку. Зрідка життєвий шлях, який вже позаду, задовольняє, не викликаючи щонайменших сумнівів. З віком людина поступово починає усвідомлювати власну роль у побудові життя в цілому, стає все відповідальнішою і зрілішою.

Психологічна наука сьогодні оперує кількома термінами для характеристики індивідуального розвитку. Найчастіше вживається таке поняття, як онтогенез.

Онтогенез є індивідуальним розвитком людини як організму із закладеною у ньому філогенетичною програмою. Цією програмою визначається нормальна тривалість життя, послідовна зміна вікових стадій, вирішальних моментів цілісності людського організму: зачаття, народження, дозрівання, зрілості, старіння, старості.

Час життя визначає насамперед інтервал від народження до смерті, тривалість, протяжність існування. Це хронологічні рамки життя, від яких залежать, наприклад, співіснування поколінь, тривалість первинної соціалізації дітей тощо.

Життєвий цикл передбачає, що шлин життя має певні закономірності. Його етапи, котрі мають назву віків, циклічно повторюються. Особистість засвоює нові соціальні ролі, виконує їх все більш досконало, щоб поступово залишити. Всі ці цикли сімейних, батьківських, професійних ролей пізніше повторюють нащадки. Зміна поколінь у суспільстві також відбувається циклічно: молодші спочатку вчаться у дорослих, згодом активно і самостійно діють поруч із ними, потім у свою чергу соціалізують нове покоління.

Індивідуальна біографія настільки складна, що її досить умовно можна розчленувати на окремі цикли. Підпорядкувати життя якомусь окремому ритмові майже неможливо. У кожної людини, крім визначеної траєкторії розвитку завжди є також чернетки, гіпотези, варіації і незаплановані імпровізації.

Життєвий шлях особистості включає життєвий цикл індивіда, а життєвий цикл у свою чергу включає онтогенез.

Життєвий шлях завжди переживається як відкритий, незавершений, і не лише тому, що нікому не відомо, коли і як він скінчиться.

Адже навіть факт фізичної смерті не є для особистості останньою крапкою. Життя, пащадки, продовжуються справи, залишаються думки, твори, відкриття. Близькі люди подумки звертаються за порадами, спілкуються, залишають померлого у своєму життєвому просторі, серед живих. Його постать продовжує впливати на оточення, інколи цей вплив навіть посилюється після фізичної кончини.

У людини є стійка потреба у таких самопроявах, які були б водночас якомога більш вільними, незалежними від зовнішніх обставин і доскональними, довершеними, вичерпаними. Людина шукає таких форм активності, котрі надавали б їй можливість якомога більшої самореалізації, розкриття своїх сутнісних сил.

Життя детермінується різними часами, що задають різну ритміку життєвих процесів. Людина не може не підпорядковуватись закономірностям і часу біологічного, і часу геологічного, і часу астрономічного, і багатьох інших. І все ж особистість як вища інтегративна система створює єдину системну хроноструктуру.

За певних життєвих обставин, спровокованих гострими переживаннями, хронічними внутрішніми конфліктами, тяжкими захворюваннями, психологічний час особистості за своїми характеристиками починає наближуватись до часу біологічного, втрачаючи чітку лінійність, підпорядковуючись психофізіологічним ритмам, набираючи ситуативного масштабу та польової орієнтації.

Людина постійно повертається до образи, зради, втрати і "прокручує" одне й те ж сотні разів. Час ніби зупиняється і починає тупцювати на одному місці. Майбутнього немає, адже воно не цікавить, не сприймається як щось інше, не таке, як болоче сьогодні. Колишні перспективи, життєві цілі, мрії знецінюються, тьмяніють. Поведінка мотивується випадковими речами: телефонною розмовою, мінливим настроєм, болем у серці, реченням, яке сказав диктор телебачення.

Безумовно, цілковитого злиття біологічного і психологічного часів не відбувається, адже психологічний час все ж таки залишається певною мірою і формою перетворення часу соціального.

У психологічному часі здійснюється своєрідний складний синтез біологічного й соціального часів, в яких розгортається людське життя. Навіть набираючи властивостей часу соціального, психологічний час, вочевидь, не має жорсткої єдиної спрямованості, яку має час історії, час культури. Не має він і цілковитої незворотності. Ми завжди повертаємось на круги своя, ми волеємо розпочати все спочатку, ми віримо, що можна себе обдурити і жити паралельно у різних ціннісних вимірах вдома і на роботі, з друзями і коханнями.

Психологічний час є досить асиметричним щодо подій минулого, теперішнього і майбутнього, оскільки перебуває під безпосереднім впливом емоційного життя особистості. Завдяки почуттям виникають

певні бажання, прагнення, смисли, встановлюються часові орієнтири. Цей плин емоцій лише на перший погляд виглядає хаотичним. Насправді емоційна сфера, з якою так люблять працювати психотерапевти, підпорядковується певним закономірностям, детермінуючи у свою чергу особистісну світобудову.

Буває, людина живе якийсь час, цілком поринувши у минуле, розчиняючись у спогадах. Потім настає інший період, і вона, як у юнацькі роки, опиняється у полоні майбутнього, лише плануючи, мріючи, сподіваючись, прогнозуючи. А згодом вона ж починає відчувати кожну мить сьогодення, кожне враження, кожну думку, які допомагають їй жити "тут і тепер", не оглядаючись і не стаючи навшпиньки.

Готовність до сприймання власного особистісного становлення, розквіту та згасання у всій його неминучості, суперечливості і нерівномірності нікому не дається "від бога". Без постійного співвіднесення сьогодення життя з пройденим, пережитим, без спроб зазирнути у майбутнє людина є беззбройною перед кожною черговою напастю. Лише усвідомлене ставлення до часу власного життя стимулює пошук конструктивних виходів із кризових ситуацій.

Яким чином ми усвідомлюємо ту реальність, яку називаємо психологічним часом? Виявляється, завдяки переживанням. Саме переживання є формою презентації цієї координати життєвого світу особистості. Психологічний час тим більше не збігається з часом фізичним, чим активнішим є процес суб'єктивного відображення дійсності з його емоційністю та небезсторонністю. Тиждень може тягнутися нескінченно, а окремих день цього ж тижня — промайнути миттєво. Інколи ми хочемо зупинити час, щоб утримати мить насолоди, а буває, благаємо вищі сили допомогти зрушити з місця, хоч щось змінити у цій нестерпній дійсності, яка ніби навіки застигла.

У залежності від того, як людина на певних етапах життя ущільнює, розширює, звужує, прискорює або вповільнює перебіг власного психологічного часу, вона по-різному бачить довколишній світ і саму себе, перебуває з цим світом у згоді або конфронтації, приймає власну індивідуальність або заперечує її, прагне самовдосконалення або видобуває дедалі складніші психологічні захисти.

Досягнення особистісної гармонії передбачає співрозмірність психологічного і метричного віку, своєчасність включення в особистісний час і часу індивіда, і соціально-історичного часу особи. Міра авторства життєвого шляху є показником творення дедалі гармонійнішої особистісно-часової структури.

Для людини реальністю є також час її покоління, класу, нації, держави. Мають певний статус і час існування конкретної родини; і час, що фіксується у родословній. Кожен знає, як може актуалізуватись

час, що його пережито спільно у студентські роки, в армії або під час перебування у школі.

Що ж таке психологічний вік? Невже дійсно можна бути набагато молодшим або старшим за свій реальний, паспортний вік? Або навіть раптово помолодіти?

Психологічний вік не є віком біологічним, він майже ніколи повністю не збігається з віком паспортним, метричним, акушерським. Це ставлення людини до себе крізь призму психологічного часу, це задоволеність або незадоволеність собою на тих відтинках життєвого шляху, які вже перейдено.

По-своєму сприймаючи плин часу і власний розвиток у ньому, людина неминуче забарвлює цим сприйняттям все, що її оточує. Коли психологічний вік менший, ніж паспортний, тоді і весь світ навколо динамічніший, яскравіший, несподіваніший.

Якщо, навпаки, людина відчуває себе старшою за свої роки, для неї тьмяніють барви, звужуються перспективи, нуднішим, банальнішим стає повсякденне існування. Навіть миттєві, пов'язані з хворобою, стресом, утомою викривлення психологічного часу водночас накладають свій відбиток на самооцінку, рівень домагань, ставлення до інших тощо.

Людина може бути біологічно вже немолодою, а психологічно ще й досі інфантильною, або, навпаки, у досить молоді роки дивувати оточуючих професійною, громадянською, особистісною зрілістю. Як відомо, біологічний, соціальний та психологічний розвиток відбуваються досить гетерохронно, але це далеко не єдина причина такого незбігу людських віків.

Від чого насамперед залежить психологічний вік людини? Дослідження доводять, що головне — це кількість і якість значущих подій, що їх людина переживає протягом певного вікового етапу. Це оцінка своєї ролі у тому, що відбувалося. Це рівень самореалізованості, усвідомлення якого далеко не завжди буває об'єктивним.

Існує такий експериментальний прийом визначення задоволеності людини своїм життям. Її запитують, чи подобається їй власне ім'я і сьогоднішній вік, чи хотіла б вона стати старшою або молодшою. Якщо вік та ім'я подобаються, можна вважати, що людина задоволена своїм життям в цілому, якщо ж ні, не все гаразд "у датському королівстві".

Коли життєва криза наближується, людині не хочеться залишатися у теперішньому стані, вона вважає цей віковий етап далеко не найкращим. А більш-менш гармонійний стан, який свідчить про віддаленість від кризи, сприяє прийняттю власного віку. Тоді не активізується потреба повернутися у власне дитинство, що залишило по собі приємні спогади.

Люди дуже відрізняються одне від одного у своєму переживанні сьогодення. Для деякого теперішній час його життя триває години, навіть хвилини, швидко переходячи у минуле і витікаючи з майбутнього. А дехто ніби зовсім не відчуває плину часу, і сьогодення для таких людей може тривати місяці й роки.

Так зване "миттєве" сьогодення є характерним передусім для чоловіків, тоді як "розширене" сьогодення є прерогативою жіночої статі. Слід зауважити, що, крім статевих, існують також яскраві індивідуальні відмінності.

Чоловіки дивляться на власне минуле з висоти теперішнього віку, набутого досвіду. Вони себе у минулому не відчувають, не дуже розуміють мотиви власних вчинків, не пам'ятають, наскільки актуальними, значущими були певні події. Жінки переживають як актуальні події і теперішнього, і минулого, і майбутнього, ніби час не рухається взагалі. Жінка у власній уяві ніби перетворюється на себе молодшу, себе дівчинку, дивлячись на події тих часів своїми колишніми, дитячими очима. Для жінки минуле, теперішнє і майбутнє ніби збігаються, і їх взаємовплив завдяки цьому дуже посилюється.

Вирішальне значення для переживання психологічного віку має міра власної самореалізації. Якщо людина вважає, що її плани, прогнози, мрії здійснюються, що вона вже встигла достатнім чином себе проявити, що вже має суттєві досягнення, які вона раніше пов'язувала саме з цим віковим етапом, якщо вона вірить у власні сили, її психологічний вік не буде суттєво відрізнятися від віку реального, фактичного.

Якщо ж для особистості суб'єктивно ще все попереду, якщо вона вважає, що для самореалізації ще буде час, її психологічний вік буде меншим за паспортний. У ситуації, коли здається, що всі найголовніші події вже відбулися, що ніякої значущої самореалізації у майбутньому не передбачається, найкраще вже у минулому, психологічний вік обов'язково виявиться набагато більшим за вік фактичний.

Яким може бути життєвий шлях

Як частка суспільства, сучасник епохи, представник покоління кожен із нас певним чином включає до власної історії сторінки історії людства, великий спектр соціально-історичних ритмів. Традиції, звичаї, обряди, ритуали, що виникають у певному суспільстві та залишаються після його зміни, стосуються всіх проявів людської діяльності, спілкування, поведінки. Час культури — це час дуже тривалий, і позбавити себе його впливу неможливо, як неможливо й відокремити своє життя від життя держави, народу, генерації.

Життєвий шлях не є лише траєкторією приватного життя окремої особистості. Він окреслює й творчий внесок кожної людини в

історію суспільства. Є люди, які віддзеркалюють цінності й ідеали покоління, до якого належать. Мало хто свого часу міг передбачити, що четвірка ліверпульських хлопців, назвавши себе "Бітлз", стане символом покоління шестидесятих, але це трапилось і залишилось в історії.

Є й особистості такого масштабу, що уособлюють цілу добу, великий історичний період. Ми говоримо про епохи Шекспіра, Данте, Піфагора, Ньютона. Життєвий шлях цих людей став далеко не лише їх приватною справою чи справою їх однолітків. Самим своїм життям вони істотно вплинули на долю більшості своїх сучасників та їх нащадків, змінивши певним чином суспільну свідомість, запропонувавши свої ціннісні ієрархії, які поступово стали типовими, загальними.

Людство завжди пам'ятатиме також невелику кількість своїх найкращих синів, життя яких можна виміряти в масштабах всесвітньої історії. Це їх наділяють богоподібними рисами, прилічують до святих, складають про них пісні й легенди, називаючи в різних культурах Христом, Буддою, Мойсеєм, Крішною.

Ми всі впливаємо на хід суспільно-політичних подій. Так звана середня, пересічна людина, розгортаючи свій невігядливий життєвий шлях, накладає на сучасні їй історичні події печатку власних думок, зацікавлень, рішень, вольових і неусвідомлюваних імпульсів. Життєвий шлях завжди поєднує біографічне й історичне.

Людина не може залишатися байдужою до власного життя. Вона переживає все, що стає складовими частинами її біографії, як трагедію, драму, комедію, фарс. Тональність її загального ставлення до життя є досить стійкою, хоч і залежить від вікового етапу чи життєвих обставин, стану здоров'я або рівня задоволеності собою.

У кризовій життєвій ситуації, перед лицем страшної небезпеки людина здатна побачити, відчутти все своє життя загалом, від початку до передбачуваного кінця, до фіналу. Вона миттєво підбиває підсумки пройденого шляху, осягаючи перспективи. Минуле, теперішнє і майбутнє взаємопроникають, і час життя стає доступним для огляду в усіх своїх аспектах.

Здатність наскрізного бачення власного життєвого шляху, здатність відчуття тієї головної мелодії, яка і складає особистість, є тим психологічним механізмом, котрий регулює плин суб'єктивного часу, допомагаючи визначити нові життєві траєкторії.

Існують різні форми побудови життєвого шляху, різні способи його планування. Всіх людей умовно можна поділити на дві великі групи: первинну і вторинну — примарну і секондарну. *Примарна особистість* живе у теперішньому, постійно оновлюючись разом із ним. Вона планує недалеко майбутнє, прагнучи досягнення швидких результатів. Ця людина легко погоджується і легко заспокоюється, постійно шукаючи чогось нового, якихось змін. На відміну від неї *секондарна*

особистість є людиною звичок, усталених норм. Приглушуючи значення теперішнього, вона дорожить спогадами, стабільна у своїх почуттях, довго перебуває під впливом одного враження і тому не потребує постійного пошуку нових переживань.

Якщо користуватись позначеннями американських дослідників У.Томаса і Ф.Знанецкі, примарну особистість можна назвати "богемною", а секундарну — "обивателем". Цим двом типам протиставляється третій — "творчий", який орієнтується не на зовнішні зміни, а на власні плани, задуми, програми (Головаха Е.И., 1984).

Виходячи з таких усталених індивідуальних особливостей людини, як властивості її нервової системи, характеристики темпераменту, Б.І.Цуканов пропонує такі форми прогнозування власного життя (1992).

Холероїди націлені у майбутнє, а до минулого байдужі. Вони живуть у гострому дефіциті часу, котрий, як їм здається, біжить дуже швидко. *Сангвіноїдів* майбутнє вабить своєю новизною, цікавими подіями, а минуле, як вони кажуть, "все одно не повернеш". *Меланхолоїди* мають тяжіння до минулого. Майбутнє викликає у них тривогу, страхи, "не несе нічого приємного". Часу їм вистачає, навіть здається, що час взагалі стоїть нерухомо. Дуже прив'язані до минулого і *флегматоїди*, воно для них є надійною основою життя. Часу їм вистачає з верхом, навіть є зайвий час, що плине спокійно й рівномірно.

На межі сангвіноїдної та меланхолоїдної груп знаходиться так званий "*рівноважний тип*", який живе переважно у теперішньому часі, не відчуваючи дефіциту часу для себе у житті. Цей тип вважає, що "у минулому не все приємно, а у майбутньому не все відомо, сьогодні ж триває все життя".

Протягом життя форми інтерпретації світу змінюються, інколи кардинально, різко, коли людина переживає кризу, частіше — еволюційно, майже непомітно. На кожному віковому етапі людина сприймає власні ідеалізовані моделі світу як реальні і мотивує свої вчинки згідно з цими моделями. *Метаморфози*, що трапляються з такими уявленими світами, є й метаморфозами життєвого шляху.

Психологічний час певним чином викривлює об'єктивну дійсність, забарвлюючи її у значущі кольори. Він є не нейтральним, а пристрасним відображенням, відображенням, що має яскраву суб'єктивну валентність. Ми створюємо свій життєвий світ у відповідності до своїх переживань. Найважливішим диференціюючим аспектом є значення, що його ми надаємо різним складовим докільля, узгоджуючи їх з нашими індивідуальними перспективами.

У здорової, самоактуалізованої, гармонійної особистості минуле, теперішнє і майбутнє співіснують у цілісності, єдності, взаємодії. Людина не відмовляється від власної історії, інтегрує минулий досвід.

залишаючи його своїм, знаючи йому ціну. В опануванні минулого, на думку А.Бергсона, і лежить ключ до свободи і духовної творчості. Тварини не в змозі "пережити" себе у часі, усвідомити своє минуле.

Особистість, що повністю функціонує, не відчуває страхів перед майбутнім, які заважали б нормальному прогнозуванню, витісняли б із свідомості мрії, бажання, сподівання. Особистісне самопередбачення є індивідуальною формою випереджального самовідображення. Потенціал людини зростає не лише шляхом накопичення досвіду, але й шляхом розвитку можливості прогнозувати.

Гармонійна особистість вміє природно, невимушено жити сьогоднішнім, відчуваючи готовність прийняти все, що теперішній час їй пропонує. Вона не ховається від нових вражень, необхідності прийняття життєво важливих рішень. Над нею не тяжіють неприємні спогади чи погані передчуття, вона є відкритою світові з усіма його несподіванками.

Що таке справжня подія

Зміст психологічного часу є пов'язаним з наповнюваністю життя значущими подіями, яскравими переживаннями. Подіями визначаються масштаби перебігу цього дуже непростого часу.

І.Кант вважав, що велика кількість вражень, що їх людина отримує за певний час, суб'єктивно робить цей час тривалішим. Виміряти психологічну тривалість часу кількістю подій, що усвідомлюються, пропонував і французький філософ XIX ст. М.Гюйо. Саме цим він пояснював переживання безлічі подій уві сні, яке може тривати всього кілька секунд.

У дитинстві статусом подій наділяються повсякденні враження, які для дорослого залишаються майже непомітними. Тому і час в дитинстві триває нескінченно. З роками кількість подій суттєво зменшується, і плин часу гальмується.

Кожна помітна життєва подія стимулює людську здатність одночасного бачення значних періодів життя, їх глибинного розуміння. Кризові життєві ситуації обов'язково потребують такого перспективного і ретроспективного погляду на власну історію й сьогоднішнього дня. Новий рік, день народження, річниця смерті близької людини, інші значущі для особистості цикли провокують розгортання більш-менш усвідомлюваних оглядів життя у цілому.

Всі ми живемо водночас у різних рядах послідовних подій, як зауважував П.Фресс у роботі "Психологія часу". І всі ці ряди послідовних подій мають власний порядок і інтервали. Існує низка подій родинного життя із шлюбами, народженнями, кончинами, розлученнями; ланка подій професійного життя, що включає отримання

освіти, працевлаштування, кар'єрні переміщення, керівні посади, звільнення, вихід на пенсію; ланцюг подій політичних, що їх переживає країна. Психологічний час має безліч часових координат, які не співпадають одна з одною.

У житті кожної людини бувають періоди, наповнені подіями, коли вона живе напружено, інтенсивно, багато у чому змінюючи звичні стереотипи, випробовуючи нові ритми. Такі періоди змінюються смугами відносного штилю, майже цілковитого спокою, коли нічого нового не відбувається, і здається, ніби час зупинився.

Деякі особистості не можуть витримувати суцільний спокій. Таке життя здається їм невиразним, безбарвним, монотонним. Вони нудьгують без несподіванок, шукають пригод, провокують виникнення будь-яких, аби подій. Інші люди, навпаки, вважають за щастя хоч трохи пожити спокійно, без змін. Саме так вони відпочивають, набираються сил, тільки у такій обстановці спроможні на творчі вияви.

Якщо пригадати останні два — три тижні життя і визначити події, які за цей час переживалися, то можна побачити, що одні з них ми вважаємо важливими, на інші майже не звертаємо уваги, маючи їх за випадкові. Наші оцінки залежать від етапу життєвого шляху, від загальної задоволеності собою, від належності перспектив та багатьох інших факторів.

Як пригадує засновник Третьої Віденської психотерапевтичної школи В. Франкл, в'язні концтабору також відчували викривленість почуття часу. У таборі невелика одиниця часу, наприклад день, що складався з повсякчасних страждань і втоми, видавався нескінченним. А більш, великі одиниці часу, наприклад тиждень, здавалось, минали дуже швидко (1997, с.220).

Окремі періоди життя можуть видаватися людині невиразно промайнувшими саме тому, що переживання теперішніх подій не усвідомлюється в їхньому зв'язку з подіями минулого, або невідомим залишається зміст цих подій для майбутнього, їх значення для оточуючих.

Для особистості важливо бачити актуальні міжподієві зв'язки, щоб переживати власну інтегрованість у психологічному часі. Знаючи про причини сьогоденних подій, відчуваючи їх зв'язок з подіями, що переживалися у минулому, та з цілями, які наближують майбутнє, людина здійснює часову особистісну інтеграцію. Саме тому так важливо знати, діагностувати ймовірність, кількість, відносну тривалість актуальних зв'язків між подіями.

Масштаб події визначається впливом, який ця подія в уявленні людини має на життя в цілому, на головні сфери самопрояву.

Недарма А. Адлер акцентує увагу на перших подіях, які людина запам'ятовує у своєму житті. Події, зафіксовані в пам'яті з дитинства,

залишаються дуже близькими головним життєвим інтересам і уподобанням. Знаючи зміст цих подій, ми інколи можемо уявити собі загальну ціль і стиль життя. Згадуючи перші події, їх учасників, певну атмосферу, свої враження, людина несвідомо говорить про своє особистісне спрямування, про життєві цілі сьогодення, показує своє ставлення до оточуючих (Адлер А., 1997).

Людина переживає цінність окремої події в її безпосередньому зв'язку з минулим і майбутнім. Всі події, враження, бажання, очікування поєднуються в цілісну картину теперішнього життя, осяяну особливим змістом того, що вже відбулося чи ще передбачається.

Кожна мить потенційно несе у собі можливості розширення до меж людського життя, тому що час життя ніколи не буває векторно спрямованим від минулого у майбутнє. Теперішня подія буде залишатися теперішньою доти, доки вона буде залишатися особистісно значущою, дійсно актуальною. Щоб стати минувшою, ця подія повинна втратити свою сучасну, гостру значущість, змінити модальність.

Я — володар свого майбутнього

Провідною потребою особистості є потреба повсякчасно виходити за власні межі (Анциферова Л.И., 1992), оволодівати майбутнім (Обуховський К., 1981). Постійна незавершеність є характерною рисою психологічної організації особистості, внутрішньою умовою її здатності розвиватися. "Найважливішою особливістю людини є її спроможність жити лише дивлячись у майбутнє — *sub specie aeternitatis*" (з погляду вічності) (Франкл В., 1997, с.222).

Ми навіть собі не уявляємо, якою мірою наше майбутнє впливає на сьогодення, як очікування успіху чи поразки, одужання чи ще страшнішого діагнозу неусвідомлено підштовхує до вибору способу дії. Наші сні, фантазії, про які ніхто не здогадується, потаємні мрії, мінливі уявлення — все це поволі готує ґрунт для вибору того чи того варіанту розвитку, допомагає або заважає розірвати замкнене коло батьківського сценарію.

До найвідоміших форм самопрогнозування відносять мрії, передчуття, надії, часовий кругозір, життєві цілі і життєву програму.

Важко знайти людину, яка б хоч інколи не мріяла. Що ж таке мрія? Психологи вважають мрію наочним чуттєвим образом бажаного майбутнього, який сприймається людиною як щось дуже інтимне і досить яскраво переживається. Мрії бувають пасивними, далекими від реальності, але й бувають активними, що мотивують поведінку. Якщо зовнішні умови не є сприятливими для досягнення певної мети, саме у мріях людина долає перешкоди, створюючи для себе фантастичні, казкові можливості самопрояву.

Ми ніколи не мріємо про щось небезпечне, логане, неприємне. Мрії завжди позитивно забарвлені. У мріях особистість не квапить події, але все ж таки створює сприятливі умови для їх майбутньої реалізації, підсвідомо готуючи вирішальні вибори, дбаючи про пріоритети. Психологові-консультантові нерідко випадає навчати людину мріяти, нагадувати їй, як це робиться, давати дозвіл на таку "несерйозну, дитячу справу". Психотерапія соматичних захворювань включає в себе розвиток мрійливості, актуалізацію приємних фантазуювань з приводу власного майбутнього.

Передчуттям називають емоційне передбачення, пророкування. Людині здається, що незабаром щось має трапитись: радісне, очікуване або жахливе, небезпечне. Далеко не всі передчуття виправдовуються, і далеко не всі люди звертають на них увагу. Буває, що передчуття дуже заважають людині, яка перебуває у невротичному стані, реалістично подивитись навколо, відчутти у собі рішучість діяти. І тоді психолог надає психологічну допомогу, спрямовану на відреагування страхів, що ховаються за подібними передчуттями. Він створює умови для підвищення самооцінки людини, зростання впевненості у собі.

Буденні передчуття, особливо з приводу найближчих, найдорожчих людей, навряд чи слід ігнорувати. Наше несвідоме здатне аналізувати такі дрібні деталі, які ми просто не помічаємо, і сигналізувати нам про можливі події. Передчуття впливають передусім на актуальні настанови, на мотивацію наших вчинків.

Надія має величезний енергетичний потенціал, зігріваючи похмуре сьогоднішнє, допомагаючи людині пережити повсякденні драми. Надія більш стійка, ніж мрія, її може вистачити на ціле життя. Надія створює життєвий обрій: ми можемо не знати, чи досягнемо колись нашої мети, не уявляти шляхів наближення до неї, але сподіваючись, ми відчуваємо, що сил нам вистачить.

Підкреслюючи значення надії для людини, особливо якщо вона перебуває у кризовому стані, зазначимо, що втрата надії різко знижує імунітет і може стати причиною тяжкого захворювання, навіть смерті. Кожен лікар знає подібні приклади; їх можна знайти і у В.Франкла в його відомій праці "Людина у пошуках смислу", і в наступних розділах цієї книжки. Психолог-консультант завжди спрямований на відродження у людини надії, підтримання її.

Часовий кругозір є терміном П.Фресса. Це інтегративна характеристика часових уявлень людини, що формується у процесі соціальної діяльності. Експериментально доведено, що точність часових суджень пов'язана зі статусом людини у структурі міжособових стосунків. Відомо також, що у місті час сприймається точніше, ніж у селі. Часовий кругозір дозволяє чіткіше бачити майбутнє, яке сьогодні може пережи-

ватися як далеке і нереальне, а завтра воно ж раптом стає важливішим за теперішнє.

Оскільки у кризовій ситуації часовий кругозір обов'язково звужується, то одним із шляхів допомоги та самопомоги є цілеспрямоване розширення часових уявлень особистості.

Мірою дорослішання людина розширює межі часової орієнтації, формує свій часовий кругозір. Цінність, значущість різних складових частин середовища визначається нашим поглядом у майбутнє, індивідуальними життєвими перспективами. Перспективи є загальною спрямованістю вперед, яка не завжди усвідомлюється, деталізується.

Серед форм прогнозування власного майбутнього найтислівішими є життєві цілі, які у концентрованому вигляді відображають потреби особистості, її найважливіші інтереси. Цілі можуть бути розумними і не дуже, масштабними і ситуативними, гнучкими і жорсткими. Виходячи з цих трьох критеріїв можна виділити певні типи життєвих програм (Ахмеров А., 1989).

Постановка цілей повинна відбуватися з урахуванням реальних можливостей їх досягнення, оскільки, як зауважує Г.Сельє, зруйнована надія є найнебезпечнішою зі стресів (1982). Довготривалі цілі допомагають людині усвідомити смисл свого існування, конкретизувати його. Віддалені цілі дозволяють уникнути постійних сумнівів у доречності власних рішень та вчинків.

Життєва програма є цілісною моделлю життєвого шляху, своєрідною матрицею життєвих цілей, рішень, настанов людини. Життєву програму можна визначити як цілісну структуру, що охоплює основні життєві цілі та настанови, які мають стосунок до професійного, громадянського самовизначення, культурного зростання, особистого життя.

Одиницею аналізу життєвої програми є причинно-цільовий зв'язок у суб'єктивній картині життєвого шляху. Життєва програма передбачає свідоме ставлення до життя, тобто певний рівень довільної регуляції поведінки. Вона включає систему життєвих планів, що враховують і зовнішні обставини.

Є люди, для яких характерні передусім емоційні передчуття майбутнього, майже невимовні мрії, а є й особистості, що тверезо й послідовно планують кожний свій крок, занотовуючи найдрібніші деталі поступу до бажаної мети. Та яким би чином ми не намагалися наблизити власне майбутнє, важливо пам'ятати, що багато у чому воно є наслідком сьогодення, логічним продовженням минулого, і тут ані доля, ані щасливий випадок не є вирішальними.

Кризи, без яких не обійтися

Першою кризою, з якою стикається людина, є криза народження, під час якої відбувається серйозна конфронтація зі смертю. Ясна річ, людина нічого про це випробування не пам'ятає, але і перебіг вагітності, і характер пологів найсуттєвішим чином відбиваються на всьому подальшому житті.

Дослідники цієї проблеми, серед яких слід назвати передусім С.Грофа, вважають, що якщо пологи проходили без патології, а догляд за дитиною після них був чуйним, людина має майже "клітинну" впевненість у собі, віру в можливість долати перешкоди. Люди, які народилися за допомогою кесарського розтину, не зовсім готові до мінливостей життя, позбавлені витривалості у боротьбі. Вони не уявляють, чого чекати від оточуючих, оскільки весь світ для них схожий на годуючу утробу, що забезпечує все потрібне.

Діти, що народилися під анестезією, при мануальному втручанні, застосуванні щипців, здатні енергійно починати певні справи, але пізніше їхня енергія кудись розсіюється, губиться, вони втрачають віру в себе і вимушені шукати допомоги ззовні. Має значення кожна деталь, що забезпечує пологову активність, і тому психологічна підтримка матері є самостійною важливою проблемою, якій у цій книжці присвячено спеціальні розділи.

Переживаючи кризу народження, людина відокремлюється від матері фізично, не відокремившись біологічно, а тим паче психологічно. Ця залежність триватиме ще досить довгий час. Головним новоутворенням, що виникає після завершення кризового етапу, є формування індивідуального життя, у якому дитина примушується до якомога тіснішої взаємодії з найближчим дорослим. Безпорадність немовляти перетворює кожен її потребу у потребу в іншій людині, як зауважував ще Л.С.Виготський. Якщо потреба у спілкуванні з дорослим не задовольняється належним чином, спостерігається таке страшне явище, як госпіталізм.

Соціальна ситуація розвитку дитини до року є ситуацією нерозривної єдності дитини і дорослого, ситуацією "ми". В такому емоційному комфорті провідною діяльністю є емоційно безпосереднє спілкування, під час якого дорослий формує у дитини потребу в іншій людині.

Наприкінці першого року життя виникає нова кризова ситуація. Дитина раптово починає виявляти неслухняність, що здається навмисною. Її протиставлення себе дорослому інколи відбувається дуже яскраво, інтенсивно, сильно. Обов'язково виникають елементи регресії, тобто тимчасового повернення до минулих стадій розвитку. Дитина може

відмовитись ходити, якщо вже ходила, чи перестати вимовляти ті окремі слова, які вже знала.

Так кожен з нас починав колись робити свої перші кроки до самостійності, так ми демонстрували своє бажання бути зрозумілими, так прокидалася далеко неусвідомлювана потреба у свободі. Новоутвореннями цієї кризи є афективно заряджені уявлення, що мотивують поведінку навіть усупереч впливам середовища. Тепер просто нав'язати дитині свою волю неможливо, оскільки індивідуальне життя стає вже не таким дифузним, як спочатку, і можна побачити перші прояви суб'єктності.

До 1,5 років дитина обирає для себе загальну довіру або недовіру до світу. Як зауважує автор популярної епігенетичної теорії Е.Еріксон, довіра є дуже важливою якістю, і людина може підживлюватись все життя з джерела надії замість криниці суму. Довіра є основою для формування позитивного самовідчуття, бажання йти назустріч новому, засвоювати новий досвід, нові форми активності (Еріксон Е.Г., 1996).

До наступної кризи людина переживає важливий етап відкриттів і перемог. Вона починає по-справжньому говорити, ходити, її провідну діяльність називають предметно-інструментальною, оскільки інтенсивності знайомства з зовнішньою дійсністю можна позаздрити. Сходи прагнуть, щоб по них спускалися; двері хочуть, щоб їх відчиняли; кожна річ не залишає дитину байдужою, притягуючи або відштовхуючи. Виникає самосвідомість, формується образ "Я".

Далі переживається знаменна криза трьох років, серед симптомів якої найчастіше називають негативізм, упертість, норовливість, свавільність, знецінення дорослих, протести, бунти, прагнення до деспотизму. Ще недавно спокійна, слухняна дитина стає незрозумілою, стропливою, злою, нещасною. Вона відмовляється робити навіть те, що завжди робила із задоволенням. Завойовуючи власну свободу, без якої розвиток особистості взагалі неможливий, дитина демонструє свою неслухняність, навіть на шкоду власним бажанням.

Якщо раніше дитина чекала передусім розуміння з боку дорослого, тепер вона хоче, щоб признали її незалежність, самостійність, яку вона ще не може адекватно проявити. Такий тягар важковихованості лягає передусім на батьків, які не вміють швидко перебудувати свої взаємини з маленьким деспотом, не завжди розуміють, як важливо прислухатись до цього маніфесту самостійності.

Інколи доросла людина не вміє у слухних ситуаціях відмовляти, казати спокійно і твердо "ні". Можливо, ще під час переживання кризи трьох років вона зіткнулася з батьківським рішенням рішуче подолати вередливість раз і назавжди, і тоді ж у відповідь сформувала стійкі психологічні захисти, позбутися яких дуже важко. Як пі

час попередньої кризи могло виникнути негативне новоутворення, що його можна назвати недовірою до світу, так і зараз замість почуття автономії може сформуватись невпевненість у собі, зайва сором'язливість.

Дошкільне дитинство є періодом панування ігрової діяльності, в якій дитина розв'язує головну суперечність минулої кризи, стаючи самостійною, моделюючи людські взаємини, виходячи за межі сімейного кола у світ дорослих людей. Образ "Я" у самосвідомості стає центром всесвіту, критерієм всіх оцінкових суджень. Перша свідома брехня знаменує дитяче бажання встановити певну дистанцію між собою і оточуючими, сховатися від зацікавлених очей світу, як формулює дослідник цієї проблеми Беккер. Головним новоутворенням стає перший абрис майбутнього світогляду: все, що дитину оточує, у тому числі природа, є результатом людської діяльності.

У шість — сім років розгортається нова криза. Дитина втрачає колишню простоту і безпосередність, єдність внутрішнього і зовнішнього, таку характерну для щирого, відкритого дошкільника, який що переживає, те й демонструє. Тепер дитина ніби відкриває для себе власні емоції: не тільки гнівається, а й спостерігає, як вона це робить; не лише сміється, а й намагається побачити себе іншими очима.

Новий спосіб життя, пов'язаний зі школою, суттєво впливає на перебіг кризи. Відбувається переоцінка цінностей, формується нове ставлення до світу, зростає довільна регуляція поведінки. Серед головних симптомів цієї кризи слід назвати втрату безпосередності і манірність. Дорослому здається, що дитина щось із себе вдає, щось приховує, душа її залишається закритою навіть для найближчого оточення. Коли їй погано, вона намагається це не показати, замикається і стає некерованою.

Важливо не допускати формування у дитини почуття провини за необачну допитливість; оскільки провинна може залишитися на довгі роки, стимулюючи, підживлюючи не досить позитивне ставлення до себе, підтримуючи зовсім не конструктивну самозасуджуючу свідомість.

Молодший шкільний вік є віком, коли дуже важливими стають взаємини з однолітками, значущою — позиція "Я як усі". Дитина вивчає правила, норми, орієнтується у своїй поведінці на зовнішні оцінки. Ставлення до себе залежить від того, яким чином складаються стосунки з товаришами.

Наступна криза — це криза підліткового віку. Цю кризу не дарма вважають найгострішою серед криз. Відбувається потужна ендокринна перебудова організму, тіло виходить з-під контролю, людину несподівано охоплюють архаїчні емоційні стани, які майже не контролюються. Навчання погіршується, працездатність знижується, інтереси згасають, негативізм по відношенню до старших не знає меж.

Внутрішні драми, що їх переживає підліток, часто набагато складніші, ніж зовнішні конфлікти, яких також чимало. Внутрішній світ з його глибинами стає реальністю, яка важливіша за все інше. Повсякчас виникають все нові й нові проблеми, які треба вирішувати самому, наодинці з собою. Ця криза є кризою самоусвідомлення, коли людина відчуває почуття власної індивідуальності.

Підлітковий вік можна порівняти з епохою хаосу, як підкреслював відомий дослідник цієї проблеми С. Холл, епохою, коли тваринні, напівварварські тенденції стикаються з вимогами соціуму. Бунтівне отроцтво є віком домінування надмірної активності аж до шкотовитого виснаження, божевільної веселості — до глибокого суму, впевненості у собі, що переходить у хворобливу сором'язливість, стоїзму, який змінюється альтруїстичними проявами, потягу до спілкування, що переходить у бажання бути наодинці із собою, чутливості, яка непомітно стає апатією.

Негативна фаза кризового періоду закінчується із завершенням тілесного дозрівання. Виникають нові джерела радості — це й пригоди, і мистецтво, і щоденники, і вірші, і нескінченні розмови з найближчим товаришем, проникнення у життєвий світ іншого, і мрії, значення яких важко переоцінити. В цей час відбувається вибір між почуттям визначеності власного "Я", формуванням так званої еґо-ідентичності та почуттям дифузії, розмитості, невизначеності ролей. Якщо відчувається рольова сплутаність, можливі регресія на інфантильний рівень розвитку, зростання тривожності, страху перед спілкуванням, протилежною ставленням, ворожість до суспільних вимог.

Закінчення школи є подією, що для багатьох юнаків стає стартовою для переживання чергової вікової кризи — кризи початку, коли відбувається пересаджування коренів на самостійний ґрунт.

Експериментально доведено, що саме в юнацтві фіксуються найнижча задоволеність смыслом життя, найгостріша невпевненість у собі, переживається тяжкий стан загальної невизначеності. Людина опиняється на порозі нового, самостійного життя, відчуває незвичний тягар відповідальності за кожний свій крок, хоче зрозуміти своє призначення, відчути, куди саме слід рухатись, що робити.

Ідеали мають те ж значення для юнака, що й буденність. Навколишній світ повинен до ідеалів тягнутись, його треба рятувати, тому так хвилюють героїчні вчинки, подвиги. Юнак любить те, що гаряче хоче змінювати, вдосконалювати, звільняти з полону повсякдення. Головні конфлікти є конфліктами ціннісними: норми оточення, субкультури майже ніколи не збігаються з нормами, що закладені сім'єю.

Людина у 16-17 років має віддалені життєві цілі, пов'язані з майбутньою працею, продовженням навчання, соціальним просуванням, сім'єю. Але завжди є неузгодженість віддалених цілей з актуальною

життєвою ситуацією, як показує у своїх дослідженнях Є. Головаха. Самовизначення не може відбуватися без самообмежень. Вибір професійної діяльності є водночас і звуженням перспектив, відмовою від безлічі інших можливостей. Додамо, що успіх у діяльності юнак сприймає як щось випадкове, а невдачі — як розчарування у власних можливостях, свою провину.

Приблизно у 23 роки настає час для нової кризи. Людина обирає між “Я”-реальним і “Я”-ідеальним себе реальну. Вона вже не задовольняється мріями, фантазуваннями, їй треба діяти, активно шукати шлях до чогось унікального, неповторного, своєрідного.

Головне завдання — це побудова “плану на все життя”, і це планування відбувається з максималістських позицій. Професія, сім’я, друзі, кохана людина — всі повинні бути найкращими, такими, яких ще ні в кого і ніколи не було. Майбутнє не страшить, розмаїття перспектив здається велетенським. Повсякденні турботи про чоловіка, жінку, маленьких дітей стають героїчною повсякденністю. Жадоба життя живить не зовсім реалістичний оптимізм.

“...Новоспечений дорослий, що виник у результаті пошуків і упертого відстоювання власної ідентичності, повний бажання і готовий злити свою ідентичність з ідентичністю інших” (Еріксон Е.Г., 1996, с.369). Він готовий до близькості, здатен залишатися вірним інтимним і дружнім стосункам, навіть якщо вони потребують значних жертв. Але протилежністю близькості є дистанціювання, готовність ізолювати тих людей, чий зазіхання на нашу територію здаються нам небезпечними.

Складність полягає у тому, що інтимність і ворожість молода людина відчуває по відношенню до одних і тих же людей. Негативним новоутворенням, що може сформуватися після виходу людини з кризового стану і залишитися на довгі роки, є уникнення контактів, котрі зобов’язували б до близькості. Додамо слідом за Еріксоном, що існують форми партнерства, які рівнозначущі ізоляції удвох.

Наступну кризу пов’язують приблизно з віком Христа. Минулий ентузіазм коригується досвідом перших невдач, розчарувань, сумнівів. Людина починає потроху розуміти свої обмеження, свої реальні можливості. Вона вже вільніша від нав’язаних ззовні очікувань, що дозволяє пильніше придивлятися до власної індивідуальності. Виснажливий волонтаризм вже не задовольняє, жорсткі самообмеження поволі зникають.

Відбувається корекція тих самих планів, що їх було безліч під час переживання попередньої кризи. Більшість з них виявилася нереалізованою, і людина відчуває, що їй кінче потрібно все почати спочатку: знайти нову роботу, можливо, переїхати на якесь нове місце проживання, а можливо й розлучитися, виробити новий стиль життя.

Якщо на попередньому етапі важливо було знайти свою справу, то тепер, навіть коли не виникає потреби шукати щось зовсім нове, необхідно набрати висоти на обраній царині, а це зовсім не так легко, як колись здавалось.

Наближення до зрілості не виключає можливостей подальшого психічного розвитку. І сприймання, і інтелект можуть поліпшуватись з віком, позаяк вони багато у чому залежать від мотивації діяльності, її відповідності потребам, інтересам, ідеалам.

Зрілу особистість характеризує реалізація тих планів, що виникають. Особистісний рівень зрілості передбачає розвиток почуття власної гідності, що не заперечує визнання в іншій людині неповторної індивідуальності, самоцінності. Людина потроху навчається любити і залишатися незалежною, кохати і не обмежувати свободу коханого.

У 37-40 років розгортається криза, яку називають кризою середини життя. Це період екстраординарного зростання і внутрішніх змін, який не дарма порівнюють з підлітковим віком. Його називають другим і останнім шансом зробити свою справу, проспівати свою пісню, стати глибшим й суттєвішим. Максимальні очікування з боку соціуму поєднуються з реорганізацією особистісних рис, консолідацією інтересів, цілей і обов'язків.

Чоловікам доводиться переоцінити значення фізичної сили, а жінкам — значення привабливості. На перше місце виходить досвід, розум. Стосунки стають більш різнобічними, сексуальний компонент відходить на другий план. Важливо не дозволяти собі лише тужити за минулим. Кожний вік має свої привілеї, слід лише не ховатися від нового досвіду, розвивати у собі гнучкість, підтримувати здатність до змін.

Зріла людина потребує відчуття своєї значущості для молодших, для своїх дітей. Це вік креативності, продуктивності, генеративності, зацікавленості у навчанні молодшого покоління, оптимізації його життя. Коли криза розв'язується не дуже конструктивним чином, можна спостерігати регресію на попередні вікові стадії, наприклад, потурання власному бажанню пестити себе як малу дитину. Гостро переживаються почуття застою, збіднення особистого життя.

У похилому віці, як у дитинстві, здається, що час не належить людині. Головною життєвою метою стає бажання "спокійно дожити", або навіть "спокійно померти". Відсутність перспектив суттєво впливає на здоров'я та довголіття. Приблизно у 65 років людина переживає кризу "Я-інтеграції".

Як вважає Е.Еріксон, лише людина, яка навчилася думати про інших, адаптувалася до поразок і перемог, неминучих на життєвому шляху, здатна пережити власну цілісність, так звану "его-інтеграцію" (Детство..., 1996). Цей душевний стан є станом впевненості у тому, що

життя мало і має сенс, що воно було єдиним і неповторним, що відбувалося все, що мало відбуватися.

Відсутність такої інтеграції переживається як депресія, туга, сум, падіння самоприйняття, самоповаги. Зростає хронічна тривожність, загострюється страх смерті, збільшується соціальна ізоляція, гостро відчувається самотність. З думками про смерть поєднується огида до минулого, і внутрішня боротьба може призвести до суїцидальних спроб, які є типовими для цього віку.

Вольтер колись сказав: "Хто не розуміє сутності свого віку, той переживає лише те погане, що він приносить". Немає і не може бути справжньої радості існування, безоглядної життєлюбності, жадоби самопрояву поза напруженою, відчайдушно спрямованою до фіналу життєвою траєкторією. Безконечність руху життя, його безначальність і незавершуваність стають для кожної окремої людини переживанням необхідності встигнути завершити головні задуми, виконати своє життєве призначення.

Ставлення людини до світу і людства зумовлює її ставлення до життя і смерті. Звершений життєвий шлях має найважливіший результат — чітку систему цінностей, важливість яких не передбачає простої субординації. Справді, що є більш вагомим: любов чи свобода, творчість чи самопожертва? Особистість завжди прагне виконати життєве призначення, дійти до закономірного кінця у кожній значущій діяльності. Звершеність, яка виконала свій "борг життя", є вичерпаністю, що не передбачає страху смерті.

3. БУДЕННІСТЬ ТА ЇЇ НЕСПОДІВАНКИ

Повсякденна психологічна травматизація

Життя постійно пропонує людині несподіванки, до яких вона має бути готовою, інакше пристосування до мінливих зовнішніх обставин утруднюється, порушується і вже не вистачає сил для плідної діяльності, нормального існування. Прикрі життєві обставини ніби навмисно виникають, щоб вчасно загартувати людину, готуючи її до справжніх проблем, до життєвих криз.

Стресових ситуацій, як відомо, не минає жодна людина, якщо наслідком є виявляти щонайменшу нестереотипну активність, робити нові кроки вперед. Повсякденна психологічна травматизація є неминучим явищем, і головне — це передусім ставлення до несприятливих життєвих обставин, різноманітних стрес-факторів.

Як впливають шкідливі зовнішні подразники на особистість? І взагалі, які чинники вважати однозначно шкідливими? Для когось холод

є дуже несприятливим фактором, а хтось значно гірше реагує на спеку, хтось може зранку розлютитись з приводу штовхання у транспорті, а інший після неприємної сімейної сцени взагалі не помічає трамвайних негараздів.

Індивідуальні відмінності у реагуванні на ті чи ті фактори дуже великі. Численні дослідження людської сумісності (і в сім'ї, і на відводному човні, і у тривалих експедиціях) свідчать не лише про розмаїття психотравмуючих факторів, але й про можливість пристосування одне до одного, зняття зайвої напруги, зменшення інтенсивності негативних реакцій, неприємних емоційних станів.

Психологічний простір людини, яка позбавлена чи майже позбавлена психотравмуючих обставин на певному етапі свого життя, є передовсім жорстко структурованим, упорядкованим. Люди, які створюють цей простір, дотримуються заданих стереотипів поведінки, відкоряються раз і назавжди встановленим нормам, виконують одні й ті ж традиційні обряди, ведуть розмірене, спокійне життя. Кордони між "своїми" і "чужими", "нашими" і "ненашими" чітко позначено. Відповідальність за те, що відбувається, не індивідуальна, а радше групова, колективна.

Буденний життєвий світ завжди залишається впізнаваним, має високу міру постійності, стабільності. Він не дуже відкритий і тому не дуже мінливий. Адже саме у мінливості, у новизні на людину чатують різні неприємні несподіванки.

У кожної особистості час від часу актуалізується потреба буденності, тобто потреба відчувати надійний фундамент, стійку опору в житті, мати звичну, давно знайому світобудову, почувати себе господарем у власній оселі, домівці, яка суттєво не відрізняється від домівок сучасних. Заради безпеки, спокою, передбачуваного майбутнього вона не здатна відмовитись від своєї ідентичності, ні на кого несхожості. Краше бути такою, як інші, ніж страждати від несподіваних травмуючих обставин, які підстежують на кожному кроці, щойно ти зважишся на самостійне рішення.

Намагаючись зберегти усталений світопорядок, люди традиційно здійснюють ті чи ті магичні обряди. Наші предки знали заклинання, потрібні для того, щоб скоріше настав молодий місяць, щоб "зачарувати" дощ із річки, щоб був приплід свійських тварин і птахів. І сьогодні багато хто стукає по дереву, плює тричі через ліве плече, щоби не наврочити, уберегтися від неприємностей.

Спостерігаючи природні явища, людина намагається передбачити майбутнє, гадати про ймовірність того чи того повороту подій, встановлювати взаємозв'язки між явищами, шукати причинно-наслідкові залежності. Чар-зілля й обереги, відворотні та приворотні дання, ворожіння і шаманство є невід'ємними рисами буденної життєдіяльності.

Розмірене, упорядковане життя, сплетене зі схожих один на одного вчинків буденності, неминуче руйнується, час від часу обов'язково переривається. Людина намагається втекти з полону зарегламентованості та законослухняності. Серйозний чоловік, який цілий рік остерігався вчинити будь-який переступ, раптом ураз тратить розсудливість і занурюється в пияцтво, удається в мандри, шукає легких сексуальних розваг. Чому? Йому конче потрібно змінити жорсткі норми, порушити їх. Саме в цьому він убачає свободу.

Один із шляхів утечі від буденності — це шлях до кризи, зовні інколи зовсім невмотивована відмова від благополучного, монотонного задоволення простих тілесних потреб, від ситої самовпевненості обивателя. Людина занурюється у страждання від власної недосконалості, у розпач від безсенсовності життя, марності зусиль.

Як висловлюється К'еркегор, іноді існування саме допомагає людині, насилаючи жахи, які переважають над її низькопробною папузячою мудрістю, і людина втрачає надію, а втративши надію, виривається із застійної рівноваги та спокою. "Перевага людини над твариною полягає в тому, що нас може охоплювати розпач" (1993).

Психологічна травматизація може бути і перетвореною, за своєю соціальною травматизацією. Ясно, що екологічні проблеми, економічна криза, зростання інфляції не можуть не позначатися на емоційному стані більшості людей. Але головне тут — визначити валентність шкідливого фактора, його суб'єктивну значущість.

Загальна соціальна ситуація також створює свої масштаби реагування на травмуючі обставини. Відомо, що під час війни кількість хворих різко скорочується, хоча умови, зрозуміло, значно погіршуються. Це те саме явище, яке спостерігалось з далекої давнини, коли рани швидше загоювались у переможців.

Як ми реагуємо на стрес-фактори

Що це за травмуючі обставини, які виникають кожного дня? Почнемо зі стресових ситуацій не лише тому, що вони постійно впливають на кожну людину, а й тому, що саме вони, накопичуючись, спроволюють майбутні кризові переживання.

Стрес є складовою частиною життя, у помірних дозах він надає життю смак і аромат, як зазначав першовідкривач цього явища — канадський вчений Г.Сельє (1982). Стрес є природним побічним продуктом будь-якої діяльності, оскільки відбиває нагальну потребу людини в адаптації, пристосуванні до мінливих умов життя. Це завжди напруга захисних сил, мобілізація внутрішніх ресурсів організму, що виникає задля енергетичного забезпечення рішення нових завдань.

Ще у 30-ті роки Сельє, коли був студентом, помітив, що різні люди у чомусь дуже схоже відповідають на різні несподіванки: скажімо, переживаючи тривогу, вони відчувають, як прискорено починає битися серце, стає важко дихати. Ендокринна система захищається проти порушення гомеостазу, виробляючи надактивний адреналін, від якого люди й потерпають, який провокує безсоння й головний біль, виразку шлунка і інфаркт міокарда.

Стрес є загальним адаптаційним синдромом і переживається як емоційний стан, що виникає в умовах ризику, необхідності швидко і самостійно приймати рішення, умить реагувати на загрози і сюрпризи. Крім специфічної відповіді організму на кожний подразник (на холод — температурні рецептори, на звуки — слухові), на всі подразники разом організм відповідає ще й неспецифічно — стресовою реакцією.

Умовно можна визначити стрес корисний і стрес шкідливий. Корисний стрес називають евстресом. Цей стрес супроводжується позитивними емоційними переживаннями, пов'язаними з несподіваними приємними звістками, закоханістю, нагородами, перемогами тощо. Шкідливий стрес має назву дистресу і супроводжується негативними емоційними станами. Він знижує стійкість людини до несприятливих факторів, виснажує її, є підґрунтям захворювань, що мають назву психосоматозів.

У психології існує таке поняття, як біографічний стрес, яке означає сумарний ефект всіх стрес-факторів, що впливають на людину протягом певного періоду життя, наприклад року. Післядія і евстресу, і дистресу накопичується, і врешті-решт зовсім незначна подія може стати останньою краплею перед зливом, виникненням захворювання або кризовим дебютом у іншій формі. Досліджуючи це явище, Т.Холмс з колегами сконструював діагностичну шкалу — “анкету життєвих стресів”, припустивши і довівши залежність між загальною кількістю стресів, що їх людина переживає за рік, та ймовірністю тяжкого захворювання (Шутценбергер А., 1990).

Психосоматози — це психічно обумовлені соматичні захворювання, у патогенезі яких провідну роль відіграють психічні фактори: конфлікти, страждання, незадоволеність собою, горе. Стресор викликає у людини афективну напругу, афект стає мостом між тілом і психікою. Якщо цей афект спробувати штучно загальмувати, тобто блокувати моторні і вегетативні прояви, активізується нейроендокринна система і відбуваються зміни судин, внутрішніх органів. Спочатку ці зміни мають функціональний характер, але при численних повтореннях афекту можуть стати незворотними, органічними. Серед найтипівіших психосоматозів — кардіологічні, про які йдеться у цій книжці.

Індивідуальні реакції на стрес-фактори можуть бути дуже саосередними. Сельє визначив два протилежних типи реагування на

стрес-фактори, два полюси континууму, на якому знайдеться місце для кожної індивідуальності. Для першої групи стрес-факторами є надмірні подразники (шум, галас, поспіх), для другої, навпаки, брак подразників (монотонія, нестача контактів, відсутність вимог). Першу групу називають “черепашками”, другу — “скаковими конями”.

Р.Лазарус наполягає на необхідності врахування індивідуальних відмінностей у мотиваційних та когнітивних змінних, що опосередковують відношення стресора та реакції. Стресовий процес пропонується структурувати таким чином:

1 причинний зовнішній або внутрішній агент, що має назву стресора або навантаження;

2 оцінка, яка дозволяє на рівні свідомості або на рівні фізіологічної системи розрізнити шкідливе і сприятливе;

3 процеси подолання, які використовує організм або особистість для того, щоб справлятися зі стресом;

4 складний патерн ефектів як загальна реакція на стрес.

Пізнавальні фактори здійснюють опосередкований вплив на емоції, у тому числі й на стресові реакції. За Лазарус, існує 15 головних емоцій, 9 з яких — негативні, що є результатом порушення цілком визначених умов життя і передбачає втрати і загрози. Емоція у даному контексті може бути визначена як відповідь на значення, що формується під час сприймання втрат і надбань особистості у взаємодії між нею і середовищем.

Оцінювання опосередковує взаємодію вимог, обмежень та ресурсів середовища, з одного боку, та ієрархію цілей, потреб і вірувань особистості, з іншого. Оцінювання інтегрує ці два набори змінних, вказуючи на значущість того, що відбувається, для благополуччя особистості.

Серед різновидів стресу можна назвати, по-перше, загрозу, тобто вплив, який невідворотно, неминуче відбуватиметься, по-друге, втрату, тобто вплив, який вже відбувся, і по-третє, виклик, результат впливу складних вимог, які неможливо подолати, використовуючи ресурси опанування.

Стрес має три послідовні стадії: стадію тривоги, чи аварійну, стадію опору та стадію виснаження, знемоги.

На першій стадії людина реагує на стресори появою головного болю, лихоманки, втоми. Вона втрачає апетит, відчуває “загнаність”, ломоту у м'язах. Якщо вчасно усвідомити причину нездужання, прослідкувати його витoki (такі як зміна характеру їжі, недосипання, утрата особистої безпеки, почуття любові тощо), переходу до другої стадії можна уникнути.

Друга стадія загального адаптаційного синдрому принципово відрізняється від першої тим, що всі хворобливі симптоми зникають,

воча дія стресора не закінчується. Ця стадія дуже небезпечна саме тому, що людина вважає себе здоровою і втрачає можливість самоконтролю ситуації, у той час коли загроза їй стану не зменшується, а зростає.

Третя стадія має назву знемоги. Резерви адаптації на цій стадії вже цілком вичерпано, і більшість симптомів, які з'являлися на першій стадії, виникають знов у гострішій формі.

Стрес як емоційна адаптивна реакція є загалом конструктивним способом реагування на нові умови. Він захищає і сприяє пристосуванню до всього незвичного. Проте якщо емоційна активність у формі стресу занадто інтенсивна або пролонгована, вона стає дезадаптивною і хворобливою, загрожуючи навіть смертю. Так людський організм може бути зруйновано власними системами захисту.

Важливо навчитися реагувати на будь-яку ситуацію не лише емоційно, але й когнітивно, раціонально оцінюючи її можливі наслідки, передбачаючи можливості її виникнення і розгортання. Якщо стресових ситуацій не дуже багато, якщо вони не занадто інтенсивні, вчасне реагування на них стає своєрідною гімнастикою, психічним загартуванням.

Фрустрація як сходишка на шляху до кризи

Фрустрацією називають більш стійке, ніж при стресі, негативне переживання, яке виникає у відповідь на перешкоду, затримку, бар'єр, що заважає досягненню мети. Далеко не кожна перешкода викликає фрустраційну реакцію. Для переживання цього досить неприємного стану тимчасової дезорганізації і свідомості, і діяльності потрібно, щоб була дуже сильна мотивація. Людина повинна конче домагатися свого бажання, не уявляти собі можливості відмови від нього. І, по-друге, бар'єр повинен з'явитися раптово, цілком несподівано, коли мети вже майже досягнуто.

Як ми переживаємо стан фрустрації? Якщо стрес — це перш за все напруження, то фрустрація дає про себе знати спочатку у формі занепокоєння, потім обурення, роздратування, ворожості, запеклості, люті. На кого спрямовані ці агресивні прояви? Деякі люди бачать причину невдачі у собі і починають себе активно звинувачувати, карати. У інших агресія спрямована на оточення, вони можуть кидати стільці, грюкати дверима, бити кулаком по столу чи починають шукати винних серед близьких. Хто потрапив на очі, той і отримує звинувачення, загрози, лайки.

Інший варіант поведінки людини, що переживає фрустрацію, — це стан апатії, коли зростає байдужість до всього, що зовсім недавно хвилювало. Втрачається зацікавленість найулюбленішою діяльністю. Людина на деякий час стає пасивною, млявою, загальмованою.

Для деяких людей при переживанні фрустрації найхарактернішими стають стереотипні дії, що постійно повторюються. Така поведінка нагадує інстинктивні програми тварин, які відтворюються, незважаючи на сприятливі або несприятливі зовнішні умови, суто автоматично.

Коли ми переживаємо фрустрацію, ми втрачаємо, як слушно зауважує Ф.Ю.Василюк, волю і надію, і повернення до нормального психічного стану потребує від нас чималих зусиль (Василюк Ф.Ю., 1984). Саме фрустраційні ситуації сприяють тренуванню терпіння, розвитку наполегливості, стриманості, цілеспрямованості.

Поведінку фрустрованої людини називають катастрофічною, тому що вона на певний час стає людиною без цілі і поводить ся так, що не полегшує, не розв'язує ситуацію, а, навпаки, збільшує напругу й роздратування, рухаючись в один й той самий глухий кут.

Які перешкоди на шляху до бажаної мети провокують виникнення фрустрації? Бар'єрів існує багато: і матеріальних, і фізичних, і біологічних, і соціально-психологічних. Матеріальні бар'єри — це, наприклад, відсутність коштів на квиток або стіни фортеці. До біологічних бар'єрів можна віднести раптове захворювання, яке змушує різко змінити плани.

Серед психологічних бар'єрів слід назвати страх, невпевненість у собі, які найчастіше зупиняють людину у відповідальний момент. Буває, людина усвідомлює, що вона боїться осуду, посмішок з боку оточуючих, і подолати такий страх дуже важко.

Не менш значущою є фрустрація потреби у захисті, особистій безпеці. Дуже тяжко переживається й ситуація незадоволення потреби у повазі, любові. Такі потреби особистості, як потреба у безпеці, бажання, щоб тебе розуміли, підтримували, приймали, не дарма вважаються базовими, і їх незадоволення викликає тривалі і глибокі фрустраційні стани.

Хронічний внутрішній конфлікт

Кожна людина має власну міру суперечливості, яка не заважає внутрішньому розвитку. Ми постійно переглядаємо свої смаки, погляди, звички, і ревізія особистісних цінностей передбачає свідомий вибір.

Як влучно помітив Конфуцій, не змінюються лише наймудріші та найдурніші.

Внутрішні конфлікти бувають спровоковані непорозуміннями з батьками, товаришами, найдорожчою людиною. Буває й навпаки, коли нереалізовані бажання викликають стан внутрішнього розладу, збентеженості, незадоволеності рисами свого характеру, що обов'язково відбивається на взаєминах. Людина стає дратівливою, вередує, дозволяє

собі уїдливі зауваження або замикається у собі, дивиться з-під лоба, не хоче приділити уваги друзям.

Деякі не можуть жити без конфліктних переживань, вони нудьгують, втрачають бадьорість, енергійність. Інші погано почувають себе у стані навіть невеликої внутрішньої неузгодженості і тому навчаються якомога довше не помічати суперечностей, не реагувати на провокуючі фактори. Для них характерно відкладати вирішення невідкладних проблем, забувати про них, заховуючи їх у власне несвідоме.

Як казав Ф.М.Достоевський, "свідомість завжди страждання". Жити, не страждаючи, не змінюючись, не відмовляючись від чогось зайвого, віджилого — це існувати автоматично, не розвиваючись, не рухаючись вперед.

Конфлікт є зіткненням мотивів, бажань, прагнень, уявлень про себе — теперішнього, минулого і майбутнього.

Які конфлікти ми переживаємо? Буває конфлікт неприйняття ролі, коли людина повинна вирішити, чи зберегти звичну роль, чи бути вірною собі. Досить розповсюдженим є також конфлікт, пов'язаний із суперечливими ролями. Інколи нам доводиться виходити з конфлікту, першоджерелом якого є ототожнення себе з роллю, злиття з нею.

Важко, коли одна й та ж людина викликає у нас водночас агресивність і прихильність, зацікавленість і нетерпимість. Цей внутрішній конфлікт потребує тривалого пошуку віддалених причин амбівалентного, суперечливого ставлення, яке досить часто є ставленням до близької, дорогої людини.

Неможливо прагнути чогось одного, тому що одні й ті ж за змістом дії або їхні наслідки завжди мають різний особистісний смисл: позитивний по відношенню до одного мотиву і негативний по відношенню до іншого. Це так званий конфліктний смисл дії. Я роблю крок у напрямку до свого прагнення, але цей же крок віддаляє мене від важливої життєвої мети. Незалежно від напрямку вибору, що його особа робить у конфліктній ситуації, смисл її "Я" залишається суперечливим.

"Отже, множинність діяльностей призводить до множинності смислів "Я", перетинання діяльностей — до вчинків, вчинки — до конфліктних смислів "Я", конфліктний смисл "Я" запускає подальшу роботу самосвідомості" (Столин В.В., 1983, с.109).

Конфліктний смисл є деякою мірою ставленням до себе, він визначає рівень суб'єктності, міру участі у власному вчинку. Саме наявність конфліктного смислу активізує процес самопізнання, емоційних переживань з приводу себе, свого життя, своїх рішень.

Згідно з теорією когнітивного дисонансу Л.Фестінгера, людина завжди намагається шукати внутрішньої узгодженості, узгодженості суперечливих знань, постав, думок, послаблення, консонансу будь-яких суперечностей.

Яким чином можна зменшити напруженість від внутрішнього конфлікту? Дехто спрямовує свої зусилля на реалізацію ідеального "Я", намагається підвищити самоповагу, отримати власне схвалення. Дехто обирає пасивність, бездіяльність, відвертаючись таким чином від реальності і утримуючи те ставлення до себе, яке раніше задовольняло. Інколи вистачає особливих внутрішніх дій, що відбуваються в емоційній та когнітивній сферах та спрямовані на збереження несуперечливого образу "Я".

А інколи потрібен все ж таки вчинок, щоб побачити себе іншими, реальнішими очима і залобігти зростанню внутрішньої напруженості. Каяття, муки сумління певною мірою конструктивніші, ніж тривалий самообман. Для цього потрібна неабияка мужність, це потребує внутрішніх сил, яких не завжди вистачає.

Конфліктами, що потребують розв'язання, за певних умов можуть стати деякі розповсюджені правила поведінки, норми, ідеали. Конфліктогенними, наприклад, стають сімейні очікування для особистості, прагнення якої не відповідають бажанням батьків.

Інколи індивідуальні особливості людини, риси її характеру стають внутрішніми перешкодами на шляху до злагоди із самою собою. Почуття власної гідності як риса характеру у певних обставинах стає непомірним самолюбством, погордою, яку християнство не дарма вважає одним з найтяжчих гріхів.

Особливою темою є невротичні конфлікти, які не сприяють, а заважають внутрішньому зростанню. Невротик ніби навмисно загострює свої проблеми, в'язне у них, не дає собі змоги знайти конструктивний вихід зі скрутного становища. Як каже К.Хорні, яка багато років присвятила психологічній допомозі невротичній особистості, "невротик сам стоїть у себе на шляху" (Хорні К., 1993, с.19).

Якщо стрес є реакцією насамперед організму, а фрустрація — відповіддю на ситуацію суб'єкта діяльності, то конфлікт переживає передусім персона з її субособистостями, ролями, відношеннями, планами та мріями.

Внутрішня гармонія, якої всі ми так прагнемо, передбачає конфліктні переживання, боротьбу світла і темряви в душі людини. Конфліктні переживання потрібні для пошуку себе; саме вони надають необхідного поштовху, наділяють нас енергією, що сприяє саморухові, саморозвитку.

4. СВОБОДА СТАВЛЕННЯ ДО СКРУТНИХ ОБСТАВИН

Від чого залежить опанування

Душевне життя людини, як вважають деякі мислителі, є страшною фантазмагорією, кошмаром. Читаємо у Г.Шпета: "...Духовне життя людства, як і душевне життя людини, іде діалектичними поштовхами, періодами повільного накопичення "душевної енергії" та раптових "вибухів", революцій, покірливої душевної податливості чи сприйнятливості і бурхливого опору, творчого руйнування того, що так важко і повільно накопичується, та нового ледачого й легковажного створювання" (1989, с.572).

У кризовому стані майже завжди здається, що нічого не можна змінити. Навіть якщо це дійсно так, то все одно вихід є — людина здатна змінити своє ставлення до того, що трапилось.

Позаяк успіх у розв'язанні складної життєвої ситуації залежить середусім від самої людини, розглянемо ставлення її до власних можливостей розв'язати конфлікт, подолати напруженість, зменшити тривогу.

Безперечно, існує певний зв'язок між характеристиками суб'єктивного смислового простору та ефективністю адаптаційних можливостей людини. Важливими параметрами у суб'єктивній картині ситуації виступають, по-перше, уявлення про ситуацію, і, по-друге, уявлення про способи її подолання. У цьому параграфі йдеться про так зване "coping behavior", опанування, тобто про індивідуальний спосіб взаємодії із ситуацією у відповідності з її власною логікою, значущістю для людини та її сьогоденними можливостями (Нартова-Бочавер С.К., 1997, с.21).

Навіщо людині опанувати ситуацію? Щоб якомога скоріше та ефективніше адаптуватися до неї, призвичаїтися до нових складних умов, хоча б таким чином зменшивши внутрішню напругу, знизивши стресогенність того, що все одно вже відбувається. Головне завдання опанування — забезпечити та підтримати певний рівень психічного та фізичного здоров'я, хоча б мінімальну, але все ж таки задоволеність собою, своєю діяльністю, спілкуванням.

Яким чином здійснюється індивідуальне опанування? Від чого воно залежить?

Опанування може бути як цілком усвідомлюваним, так і неусвідомим з усіма перехідними формами часткової, тимчасової усвідомлюваності. Класичні захисні механізми, що їх вперше описано З.Фрейдом, — типу раціоналізації, проєкції, придушення — можуть виступати знайомими кожному з власного досвіду прикладами опанування.

Опанування (совладание) — це така поведінка, яка використовується людиною для керування власним передбаченням і переживан-

ням кризової ситуації. Це безперервні спроби у думках і діях відповідати конкретним вимогам, що їх диктує ситуація, і не лише відповідати, а трохи випереджати їх, бути до них готовим.

Особистість інтерпретує ці вимоги як очікування від неї певних випробувань, що перевищують її можливості. Процес опанування спрямований на подолання стресогенних впливів і підпорядковується головній меті діяльності.

Серед способів опанування слід назвати, наприклад, активно-вчинковий, коли людина швидко приймає рішення і здійснює певний вчинок, який допомагає їй полегшити кризовий характер ситуації. Інколи не менш ефективним виявляється і опанування шляхом уникання, коли краще не діяти, а ігнорувати обставини, які склалися, просто перечекати неприємності. Деякі люди воліють обирати для себе активно-когнітивне опанування, пояснивши собі всі можливі причини ускладнень, знайшовши виправдання для того, що відбувається.

Людина обирає саме той спосіб опанування, який більше відповідає вимогам ситуації, з одного боку, та її власним індивідуальним особливостям, її досвіду, емоційному стану, з іншого.

За Р. Лазарус, існують такі загальні типи опанування:

1) проблемно-сфокусоване опанування, коли взаємозв'язок людини з середовищем змінюється завдяки діям подолання;

2) емоційно-сфокусоване опанування, коли змінюється лише спосіб інтерпретації того, що відбувається;

3) уникання, яке може комбінуватися як з проблемно-сфокусованим опануванням, так і з емоційно-сфокусованим опануванням.

4) Навіщо нам опанування? Які функції цей процес виконує?

Якщо ми не зможемо вчасно опанувати ситуацію, вона опанує нас. Ми захлинемося у власних стражданнях, не маючи сил діяти, або будемо імпульсивно починати одну спробу розв'язати кризу за іншою, не даючи собі шансів спокійно зважити аргументи, визначити обставини, продумати план дій.

Опанування виконує дуже важливу функцію регуляції емоційних станів. Завдяки йому людина бере себе в руки, відчуваючи готовність щось змінити у власному житті, з чогось почати важкий шлях вперед. Можна сказати, що опанування виконує також і функцію поступового вирішення проблеми. В обох випадках можливі як дієвий, так і суто уявлюваний модули реагування на скрутні обставини.

І проблемно-сфокусоване, і емоційно-сфокусоване опанування інколи не можуть бути ефективними для людини, якщо вона, вчасно не звернеться до інших людей, шукаючи підтримки. Бажання у всьому покладатися лише на себе, розраховувати тільки на власні сили, — це зовсім не показник особистісної зрілості. Скоріше навпаки. Якщо лю-

важко звернутися за допомогою, це свідчить про наявність якихось глибоких, застарілих конфліктних переживань, яких краще позбутися.

Підтримка, якщо вона надасться кимось, хто дійсно хоче допомогти, завжди полегшує реалізацію певної стратегії опанування. Так, наприклад, інші люди можуть використовуватись як джерело інформації при проблемно-сфокусованій стратегії та як засіб емоційної регуляції чи соціального порівняння при емоційно-сфокусованій стратегії. Звертання до них може стати і способом утечі від проблеми при стратегії уникання.

Спробуємо визначити найбільш поширені стратегії опанування. Інколи для подолання напруження, зняття зайвої тривоги, полегшення страждання ми просто намагаємось відволіктися, переключити свою увагу на щось інше. Таку стратегію називають дистракцією.

Схожою за дією є й стратегія релаксації, розслаблення, що також допомагає переключити увагу, змінити масштаби у власному життєвому світі. Майже у кожному випадку переживання скрутних періодів, неприємних життєвих обставин корисно час від часу давати собі відпочинок.

Серед стратегій, знайомих кожному, є й так зване перевизначення ситуації, нове її тлумачення. Людина робить спробу побачити свої проблеми в іншому світлі, щоб зробити ситуацію суб'єктивно менш гострою, не такою гострою.

Буває, продуктивною стратегією опанування стає зовні пасивне реагування на те, що трапилось. Це так звана стратегія прийняття — погодження з тим, що проблема дійсно є, хоча поки що нічого не можна зробити для її розв'язання.

Важливо назвати також стратегію емоційного відреагування, вивільнення почуттів у відповідь на ускладнення. Можливо, людині треба висумувати, поскаржитися, заглибитись в образ, вихлюпнути свій гнів, щоб пережити катарсис і мати змогу раціональніше розв'язувати складну колізію.

До стратегій опанування традиційно відносять також пошук підтримки, коли людина самотійно звертається до рідних, друзів, знайомих, щоб поділитися своїми проблемами, хоча б трохи заспокоїтись, емоційно розрядитись.

І нарешті, стратегією опанування є пряма дія, що спрямована на вирішення болючої проблеми, або хоча б збирання конкретної інформації про можливості такої дії.

Типи ставлення до кризової ситуації

У кризовій ситуації всі ми втрачаємо психічну гнучкість, сприймаємо все якось надто прямолінійно, тимчасово стаємо зовсім

дезадаптованими, не можемо пристосуватися до обставин, які змінилися. Параліч волі не дає змоги діяти, гнів або апатія заважають реальному погляду на речі.

Допомогти собі в опануванні можливо, якщо спробувати визначитись з приводу типового для кожної особистості ставлення до неприємних новин, тривожних несподіванок, стресових ситуацій, травмуючих життєвих обставин.

Розглянемо, які типи ставлення до кризової ситуації є найхарактернішими.

1. Ігноруюче ставлення.

Людина не хоче або не може реально оцінити наслідки того, що відбувається. Вона всіляко намагається не помічати непорозуміння, конфлікти у взаємодії з оточуючими, які виникають все частіше і частіше. Вона заплющує очі на професійні проблеми, яких раніше не було. Вона не хоче бачити погіршення свого здоров'я, яке також свідчить про наявність кризового стану.

Чому обирається саме "страусяча" політика? Людина може не мати внутрішніх ресурсів, енергії, сил для того, щоб подивитися правді у вічі. Можливо, ігноруюче ставлення є віддаленим результатом якоїсь психічної травми, що її людина зазнала ще в дитинстві, коли дійсно не мала ніякої змоги протидіяти обставинам.

Чи буває ігноруюче ставлення до кризи корисним? Певною мірою, так. Говорячи собі, що все гаразд, що проблем немає, людина відчуває впевненість у собі і легше долає перешкоди. Але тотальне ігнорування складних життєвих обставин, захоплення створеною на власний смак ілюзорною дійсністю до добра не доведе. Гострі симптоми стануть хронічними, криза від поверхової перейде до глибокої, і дорогоцінний час буде втрачено.

За зневажання кризи, невміння розпочати перегляд своїх прагнень, цінностей, уподобань, небажання пошуку нової життєвої траєкторії людина може розплачуватись місяцями й роками. Дехто буде постійно відчувати втому, скаржитись на виснаження. Хтось не зможе подолати почуття самотності, емоційного вакууму, в якому він опинився.

Деякі люди, які ігнорували свої реальні життєві кризи, пізніше відчуватимуть хронічний параліч волі, нездатність до самостійних рішень. Хтось втратить творчі здібності, смак до пошуку і буде вважати, що роки беруть своє. У деякого з'являться серйозні проблеми зі здоров'ям: порушення сну, мігрені, підвищення тиску тощо. Чимало людей намагатиметься частіше повертатися у спогадах до дитинства і молодості, коли яскраво відчувалася насолода життям, яке сьогодні перетворилося на одноманітні сірі будні.

2. *Перебільшуюче ставлення.*

Коли замість ігнорування симптомів кризи у людини виникає звичка, що зростає як гірська лавина, йдеться про протилежне першому ставленню до кризової ситуації. Людина фіксує кожну, навіть зовсім випадкову зміну обставин як знак, що вказує про поглиблення страждань, зростання неприємностей. До свого здоров'я, психічного стану вона ставиться як справжній іпохондрик, перебільшуючи, утрируючи кожну дрібничку.

Якщо ми постійно чекаємо чогось поганого, ми обов'язково створюємо собі небажані установки, провокуючи ускладнення ситуації, зменшуючи власну можливість адекватного реагування на нові, несприятливі обставини.

І юнакам, і дорослим людям інколи “подобається звуження свідомості до меж окремої пристрасті, якщо вони вважають цю пристрасть цінною, наприклад, любов, помсту за образу, насильство на користь якоїсь справи” (Орлов Ю.М., 1991, с.79). Якщо пристрасть зменшується або взагалі зникне, життя може втратити всілякий сенс, позбутися глибини.

Що дає людині такий добровільний полон? Вже не треба брати на себе відповідальність, приймати самостійні рішення. Людину ніби несе бурхливий гірський потік, вона відчуває величезний приплив енергії і водночас запрограмованість, закодованість поведінки.

3. *Демонстративне ставлення.*

Деякі особистості постійно підкреслюють, що їхня ситуація — найгірша, що доля до них найнесправедливіша, що життєвих випробувань у їхньому житті надто багато. Якщо хвороба, то така складна і небезпечна, якої досі навколо не було, якщо сімейний конфлікт, то про нього жажливі подробиці будуть знати всі знайомі, сусіди, співробітники, родні і друзі.

Навіщо свої страждання демонструвати, привертати до них увагу? Передусім для того, щоб отримати співчуття, щоб постійно відчувати до себе інтерес, потурання, попусти. Бути у ролі страждальця, жертви не так вже й погано, адже жертва непомітно експлуатує оточуючих, формує у них емоційну залежність від себе, маніпулюючи звертаним бажанням допомогти, підтримати.

Людина з демонстративним ставленням до кризи нерідко використовує власне тіло як засіб привертання до себе більшої уваги. Вона відчуває порушення сну, апетиту, постійний головний біль або раптове серцебиття і демонструє ці симптоми як специфічну мову для посилення контактів. Всі починають бігати навколо, хвилюватись, викликати “швидку допомогу”, і це тимчасово задовольняє страждальця, дає йому змогу відчувати себе у центрі подій.

Несприятливі життєві обставини трактуються з утилітарного боку, і життєва позиція стає рентовою. Людина постійно бідкається, скаржиться, пише листи до редакцій, ходить до юридичної консультації, наполягає на отриманні державної допомоги, компенсації тощо. Розуміючи, що самотійно вона не зможе впоратись з обставинами, така людина досить послідовно користується своїм станом з корисною метою.

4. *Волюнтаристське ставлення.*

Потрапивши у кризову життєву ситуацію, людина з волюнтаристським ставленням до власного життя починає з подвоєною енергією заперечувати дійсність. Вона не приймає реальності, не хоче рахуватися з погіршенням працездатності, загостренням хронічних захворювань, необхідністю зупинитися у своєму рухові вперед і, можливо, трохи змінити напрямок або подбати про надійне оточення.

Ну що, каже такий чоловік собі, нема ніякої надії? Глухий кут? Дуже боляче? Нічого! Я зможу примусити себе жити так, ніби нічого не трапилось! Я працюватиму у десять разів більше, я так себе завантажу, що на страждання просто не вистачить сил. Переживають лише панночки, а справжній чоловік лише посміхається. Негоди треба не помічати, ставитися до них з презирством. Відчай — перетворювати на тренажер для розвитку волі, загартування характеру.

У такої людини завжди є чіткий план дій, є мета, від якої не можна відступати. Рухаючись під батоном власної волі, вона десь у глибині душі не любить себе, не приймає своїх слабих, не дозволяє собі хоч інколи відпочити, розслабитись, побути безпосередньою, широю, втомленою. До речі, від оточуючих вона чекає схожої поведінки і тому нерідко потерпає від самотності.

Вольові перевантаження не безмежні. Стражденна людина, яка не дозволяє собі страждати, загрожує власному здоров'ю, штучно затягуючи, поглиблюючи кризу. Вчитися упокоренню перед тим, що сталося — це вчитися жити сьогоднішнім, сприймаючи реальність такою, якою вона насправді є, а не такою, якою повинна бути виходячи з наших планів. Жорстокість по відношенню до себе непомітно обертається жорстокістю, спрямованою на інших.

5. *Продуктивне ставлення.*

Знайти людину з таким зрілим ставленням до кризових життєвих ситуацій нелегко. Така людина тверезо, терпляче сприймає себе завжди, — і в часи везіння, вдачі, натхнення, і в періоди загибелі надій, краху найзаповітніших мрій і бажань.

Як ми вибачаємо собі нежить або ангіну, таким же чином слід навчитися вибачати собі і тимчасову втрату смаку до життя, до спілкування, зростання дратівливості, незадоволеності собою, своїми професійними, учбовими справами, звичками, оточенням.

Людина з продуктивним ставленням до кризи пам'ятає про подібні скрути у власному житті, не втрачаючи надії поступово впоратись із ними. Спустошеність і відчуженість — це дуже неприємно, але це не триватиме вічно. Інколи треба відволіктися, розслабитися, зняти напруження, щоб побачити, що робити далі. Інколи опанування стає можливим у формі прояву своїх емоцій, гіркого плачу, вибуху гніву. Дехто звертається до свого оточення за допомогою.

Продуктивне ставлення до кризи передбачає володіння людиною цілою гамою стратегій самоопанування. Залежно від конкретної ситуації використання цих стратегій може бути досить гнучким, різнобічним, тоді як чотири попередні типи ставлень до кризи передбачали оволодіння переважно однією якоюсь стратегією опанування, далеко не завжди адекватною ані стану людини, ані характеру ситуації.

Відмовлятися від старих звичок, руйнувати свій багаторічний стиль життя кожному дуже боляче, але важливо розуміти, пам'ятати, згадувати, що все одно це треба колись розпочинати, що кожен час від часу переживає подібні кризи, що вихід із найбільшої скрути все одно буде знайдено.

Людина з продуктивним ставленням до кризи вміє рішуче відштовхнутися від берегів повсякденності і зважитись на пошук нових життєвих смислів. Криза — це не лише страждання, це й великі можливості, несподівані перспективи. Скористатися ними — неабияке мистецтво, якому можна поступово навчитися.

Стадії кризи та можливості індивідуального контролю

Реальні можливості опанування, вчасного розв'язання ситуації залежать від стадії кризових переживань. Життєва криза може бути різної глибини: поверхова, середня та глибока. Навіть найглибша, найнебезпечніша для людини криза спочатку завжди є поверховою, і якщо зважитись до себе уважно, до найтяжчої стадії не дійде.

Як тілесне захворювання бажано лікувати з самого його початку, не допускаючи переходу у хронічний стан, так і життєву кризу, яка є зворобою душі, важливо не прогавити, адже згодом все важче подолати розпач, знайти у собі сили для того, щоб розпочати все спочатку.

Що відбувається на першій стадії кризи? Залежно від типу особистості, від так званого особистісного радикалу, особистісних ресурсів, наявного досвіду, конкретної життєвої ситуації форми переживань можуть бути досить різноманітними. Наприклад, у деяких зростає невмозможливість тривожності, у інших — дратівливість, а хтось відчуває таку жайному і неприємну апатію, байдужість.

Спільне одне — незадоволення звичним перебігом подій, власним життєвим ритмом, своєю активністю, працездатністю, контактами з

людьми. Втрачається внутрішня збалансованість, зростає напруженість, зникає почуття гумору.

Друга стадія кризи дає про себе знати передусім появою страхів, пов'язаних із майбутнім: "Не знаю, як житиму далі", "як жив досі, вже не можу, а якось інакше не вмію". Людина відчуває себе у пастці серед звичних, буденних обов'язків, переживає безсилля. Все виходить з-під контролю, навіть у дрібницях. З оточуючими — суцільні непорозуміння, спалахи гніву й каяття загострюють конфлікти.

Під час переживання кризи середньої ваги людина не лише відмовляється від цілей, які раніше ставила, до того ж вона розчарована власними вміннями, звичними засобами досягнення тих цілей. Те, що раніш виходило легко, майже непомітно, у теперішньому стані потребує неабияких зусиль, величезних витрат енергії.

Серед важливих симптомів цієї стадії слід назвати порушення сну, апетиту, хронічну втому, пригнічений настрій, агресивність. Постійним фоном всіх переживань стає почуття відчуженості, окремішності, нецікавості ні для кого. У ставленні до себе особливо неприйнятним стає власне "Я"- фізичне.

Третя — найглибша — стадія кризи супроводжується почуттям безнадійності, відсутності сенсу існування. Все, що відбувається, здається якимось нереальним, безглуздим, нікчемним. Власне минуле сприймається як суцільна помилка, яку вже пізно виправляти. Здатність планувати майбутнє втрачається, життєві перспективи катастрофічно звужуються.

Відбувається руйнація найважливіших життєвих цінностей, які поки що нема чим замінити. Згасають симпатії та прихильності, зникає вміння любити. Все стає тяжким обов'язком, який вже не можна витримати. Гостро переживається власна неповноцінність. Виникають суїцидальні думки і наміри.

Глибока криза може стати однією з суттєвих причин тяжких захворювань, серед яких не лише класично психосоматичні (цукровий діабет, гіпертонія, ревматоїдний артрит, виразкова хвороба, бронхіальна астма, виразковий коліт), але й такі складні і небезпечні, як онкологічні. За даними деяких досліджень, онкохворі, згадуючи останній рік перед захворюванням, описують чимало стресових ситуацій, життєвих невдач, тяжких кризових станів, які не вистачило сил подолати.

Чи є можливість вчасно надавати собі допомогу? Що таке особистісна самореабілітація, якщо вона взагалі можлива?

На відміну від реабілітації як професійної допомоги людині, що потрапила у кризову життєву ситуацію, самореабілітація спрямована на самостійну роботу людини з собою у складних життєвих обставинах. Самореабілітація — це самопомога у якомога продуктивнішому по-

планні внутрішніх і зовнішніх перешкод, виході зі скрутного становища.

Самореабілітація передбачає наявність особистісного контролю. Кожна людина має певні риси, які допомагають особистісному контролю, полегшуючи його, роблячи більш ефективним. Серед них слід назвати передусім душевне здоров'я, оптимізм, конструктивне мислення, тобто здатність розв'язувати повсякденні проблеми з мінімальними психостресовими наслідками. Непогано також мати стійкість характеру, вміння сподіватися, віру у власні сили, здатність спрощувати життєві труднощі, не панікувати. Бажаною є і далеко не розповсюджена здатність користуватися власними ресурсами оптимальним чином.

Але наявність всіх цих корисних особистісних характеристик все одно не гарантує, що людина буде тримати ситуацію під контролем. На жаль, трапляються такі обставини, коли життєва колізія стає майже неконтрольованою. Переживання неконтрольованості ситуації обов'язково тягне за собою зниження адаптаційних можливостей.

Якщо ми втрачаємо контроль у якій-небудь ситуації, нам обов'язково потрібно терміново його поновити в іншій ситуації, навіть якщо це не пов'язані з попередньою. Це пояснюється тим, що параметр суб'єктивного контролю має неабияке значення для підтримки позитивного, стабільного "Я"-образу. Людина завжди хоче контролювати ситуацію, і цей мотив є одним із найголовніших.

Яким чином можна посилити або послабити контроль? Для цього треба навчитися тлумачити події іншим чином, реінтерпретувати їх. Якщо надто сильний контроль є виразом психологічної негнучкості, ригідності, стереотипності, невміння реагувати спонтанно, спираючись на мінливу реальність, активно сприймаючи нові можливості й обмеження. Оптимальний контроль сприяє успіхам у діяльності та знижує почуття безпорадності, що його так важко переживати під час кризи.

Що таке контроль людини над ситуацією?

По-перше, це контроль над позитивними або негативними подіями. Є люди, які досить вдало впливають на приємні несподіванки, у той час як негативні явища роблять їх зовсім безпорадними. Є й протилежний тип, який добре мобілізується перед неприємностями, залишаючись цілком пасивним, внутрішньо безконтрольним, коли раптово відбуваються події позитивні.

По-друге, особистісний контроль може бути первинним або вторинним. Коли працює первинний контроль, людина намагається змінити зовнішні обставини для досягнення своїх цілей. Вторинний контроль — це вже спроби змінити не обставини, а себе, щоб адекватніше відповісти вимогам дійсності.

Що відбувається, коли працює передусім первинний контроль над негативними або позитивними подіями?

Здатність запобігати цим подіям пов'язана з вірою людини у можливість їх контролювати. Тому активізується віра в особисте везіння, у спроможність захищати себе від негативних впливів або посилювати позитивні впливи за допомогою магічних дій. Дуже значущою є й віра у силу свого характеру, у моральну стійкість.

Як підключається вторинний контроль? Коли йдеться про вторинний контроль над негативними чи позитивними подіями, головною стає віра в існування персонального зв'язку з вищою силою, Богом, що забезпечить захист від життєвих неприємностей або ще більше сприятиме особистісному везінню.

На що спрямований особистісний контроль?

Слід розрізняти контроль як загальну віру людини у власні можливості впливати на хід подій і контроль як реальну здатність до контролювання ситуації. Декому важливо передусім відчутти свою спроможність втрутитися, змінити обставини, хоча реально людина поки що нічого не робить, лише потрохи підвищує самооцінку. Для іншого головне — це побачити реальний результат своєї активності, втілення своїх зусиль у життя.

Намагаючись зрозуміти, який саме контроль є характерним для тієї чи тієї людини, важливо зосередитись на прагненні реально вирішити проблему. Таке вирішення може бути дієвим, поведінковим або лише уявленим, когнітивним.

Неабияке значення має пошук соціальної підтримки, що значною мірою знижує тривожність. Людина повинна відчувати, що вона має надійний психологічний тил, щоб сконцентруватися для опору. Важливо також проаналізувати, чи вирішується ситуація радикально, чи є необхідність повернення до неї, як можна оцінити ефективність обраного контролю.

Який саме з цих варіантів суб'єктивного контролю ефективніше впливає на поведінку у критичних життєвих ситуаціях — це питання поки що залишається відкритим. Безумовно, все залежить від типу особистості, а отже і способу опанування, та стадії кризи. Існує залежність і від статі людини, що її підтверджують численні дослідження. Жінки та фемінні чоловіки схильні, як правило, вирішувати проблеми емоційно, а чоловіки та маскуліні жінки — інструментально, щось реально змінюючи у зовнішніх обставинах. Підлітки та люди похилого віку реагують на життєві складності за фемінінним типом (Нартова-Бочавер С.К., 1997, с.24).

Техніки життя у складних умовах

Життєвий світ, що його будує особистість, впливає на вибір певної техніки життя, коли виникає кризова ситуація. Ще К.Левін об-

ґрунтував принцип психологічної єдності особистості та світу, що її сточує. Особистість і подія, взаємно заломлюючись, у залежності від психологічної переробки різних обставин життя викликають різні переживання та реакції, структурують дійсність у відповідності з глибиною страждань. Не можна відкидати й індивідуальної історії, яка активно впливає на вибір певної стратегії опанування.

Відомо, що попередні невдачі, стан горя, депресії детермінують відповіді на складну життєву ситуацію, і тому бажано знати рівень "біографічного стресу", щоб обрати адекватні прийоми психологічної допомоги. Складні життєві обставини, що не мають глибинного підґрунтя у вигляді хронічного стресового стану, як вважають дослідники цієї проблеми, трапляються досить рідко (1-9% випадків), тобто зовнішні неприємності, якими би складними та несподіваними вони не були, завжди знаходять підготовлений ґрунт.

У драматичних життєвих умовах можна виявити конструктивні, неконструктивні та самовражаючі стратегії.

Серед популярних стратегій перетворення критичних ситуацій можна назвати порівняння, що йде донизу. Деякі люди намагаються порівнювати свій жалюгідний стан з тими, хто перебуває у ще гірших умовах, з тими, кому набагато тяжче. Таке порівняння, що найчастіше виникає стихійно, без усвідомлених зусиль, допомагає первинній, поверховій адаптації до нових умов життя завдяки тому, що людина відшукує у собі приховані резерви оптимізму і поступово відчуває бажання допомоги оточуючим.

Наступна техніка життя у складних умовах — порівняння, що йде вгору. Людина порівнює своє сьогодні з учорашнім днем і бачить, що вже стало трохи краще. Вона відчуває, що може передбачити наступний крок у розвитку ситуації і підготуватись до нього. Потроху відбувається опанування, і рух у позитивний бік стає безумовним.

Так зване антиципуюче опанування теж дає змогу підготуватись до важких випробувань і заздалегідь визначити шляхи запобігання ускладнень. Наприклад, для зменшення тривоги, що її відчуває кожна людина перед операцією, така стратегія є досить вдалою.

Типовий прийом самопомоги — передбачений сум. Він позитивно впливає на налаштування на можливі випробування і дає змогу завчасно відвернути нещасливий поворот подій. Для деяких типів особистості ("білий клоун" — П'єро) ця стратегія виявляється досить природною і конструктивною, тоді як інші типи вважають її самовражаючою.

Відомий прийом зміни ставлення до ситуації — прийом позитивного тлумачення неприємних, морально тяжких переживань. Особистість може знайти у ситуації нетривіальний смисл, побачити її у несподіваному ракурсі. Так, Т. де Прес, який вивчав в'язнів нацистських

конштаборів, виявив, що ті з них, хто бачив смисл у визначенні можливостей виживання в нелюдських умовах, легше переносили страждання.

Ф.Зимбардо є автором прийому прийняття ролі, коли людина навчається тимчасово виконувати не свою роль, а роль "шасливчика" — людини сильної, впевненої, успішної. Слід зазначити, що тривале виконання ролі, яка не є характерною для людини, вносить небезпечні зміни в особистісні цінності та установки.

Серед неконструктивних стратегій, які все ж полегшують внутрішній стан людини, сприяють її адаптації до складних умов, можна назвати стратегію втечі. Людина відмовляється від ніби звабних пропозицій, службових підвищень, відчуваючи, що за все це вона надто дорого розплачуватиметься.

У сфері здоров'я існують стратегії, які фокусуються на емоціях. Це психологічна боротьба з негативними емоційними станами і болісними відчуттями, коли людина не хоче помічати симптомів хвороби. Намагається оцінювати свій стан з гумором, сподівається на допомогу надприродних сил.

Розповсюджений прийом самозбереження — техніка заперечення, тобто відмова визнати, що жахлива подія вже трапилася. Людина знає про смерть своєї дитини, але продовжує мріяти про її вступ до коледжу. Р.Ліфтон, який вивчав мешканців Хіросіми, констатував у більшості з них так зване "психологічне відключення". Заперечення є психологічним бар'єром на шляху руйнівного проникнення трагедії у внутрішній світ людини. Кризова ситуація переробляється невеликими дозами таким чином, щоб у людини вистачило сил на неї відреагувати.

Серед самовражаючих стратегій слід назвати такі руйнівні форми самопомоги, як вживання алкоголю, який у певних дозах дійсно ніби полегшує сприйняття ситуації, надає сміливості та оптимізму. Але ефект дуже нестійкий, і подальша регуляція емоційних станів за допомоги алкоголю потребує, як відомо, постійного збільшення доз. Ще небезпечнішою є наркотизація, яка теж сприяє зняттю напруги, тимчасовому відволіканню від страждань, але її руйнівну післядію важко переоцінити.

Найменш ефективними стратегіями подолання є уникання та самозвинувачення в яких завгодно варіантах. Коли людина заплющує очі на те, що відбувається, або коли вона починає себе картати, чекати на краще не слід. Зниження самооцінки, зневіра у себе реально виснажує, забирає таку необхідну енергію. До речі, тривалі самозвинувачення можуть стати причиною психосоматичних захворювань.

5. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА, ДОПОМОГА, РЕАБІЛІТАЦІЯ

Кому і як надавати допомогу

Загальним показником необхідності психологічної допомоги є незадоволеність життям, відсутність почуття благополуччя. Саме такий стан і є індикатором майбутньої зустрічі людини з критичними ситуаціями, які можуть змінити траєкторію її життя, навіть її долю.

Психологічної допомоги людина потребує і напередодні кризи, і під час її розгортання, і на фазі вибору стратегії розв'язання складної життєвої колізії. Оскільки переживання справжньої життєвої кризи часом дезадаптує особистість, підвищує конфліктність, утруднює спілкування, знижує продуктивність праці, має певні психосоматичні наслідки, на завершальному етапі допомога з боку психолога-професіонала також нерідко не завадила би.

На жаль, саме такі нещодавні або досить віддалені наслідки кризового стану і стають причиною зустрічі клієнта з психотерапевтом, тоді як на попередніх етапах люди майже ніколи не звертаються за допомогою, намагаючись самостійно подолати негоди, перестраждати на самоті. У кращому випадку вони звертаються до рідних, близьких, друзів, але навіть така спонтанна підтримка надається дуже рідко. До речі, чоловіки на відміну від жінок майже ніколи цим засобом полегшення критичного емоційного стану не користуються, перебуваючи у вихідній соціальній стереотипі.

Навіть у великих містах, не говорячи вже про віддалені населені пункти, люди у більшості своїй не знають, хто такі психологи, не розуміють, з якими проблемами можна до них звертатися. Психологів традиційно плутають із психіатрами, вважаючи, що психічні захворювання — великий сором, можливо, не менший, ніж венеричні.

Шукати професійної допомоги через страхи, падіння працездатності, психічне виснаження, горе, серйозну депресію або щось подібне з точки зору сучасного обивателя — нісенітниця. Всі страждання відімає час, і звертати на це увагу нормальна людина ніколи не буде. Якщо на душі важко, треба добре попрацювати. Кризи — це для ледачих. Подібні погляди досить типові, і не рахуватися з ними недоречно. Масова свідомість має величезний вплив на кожну окрему людину, і цей вплив ще потребує спеціальних досліджень.

У вже досить віддаленому минулому традиційним соціальним інститутом надання психологічної допомоги людині була церква. Сповідь, каяття, молитва, складний ритуал богослужіння, багаторічні індивідуальні бесіди з власним духівником були тими масовими формами психотерапевтичної взаємодії, які у двадцятому столітті майже

втрачено. Порівняти їхню масовість, залученість більшості населення звертання до священика практично у кожній кризовій ситуації навіть з наявною у розвинутих країнах Західної Європи можливістю вибору для себе психотерапевта абсолютно неможливо.

В Україні поки що явно не вистачає спеціалістів з кризового консультування, інших практичних психологічних служб, телефонів довіри. Немає достатньої поінформованості населення з приводу наявності психотерапевтичних кабінетів, їх послуг, можливостей індивідуальної та групової превентивної роботи.

Економічні проблеми також накладають свій негативний відбиток на можливості населення вчасно знайти для себе психолога-консультанта. Якщо людина не в змозі належним чином задовольнити свої базові потреби, якщо вона не може вчасно сплачувати квартирну платню, купувати фрукти, забезпечувати собі і своїм дітям літній відпочинок, вона не буде звертати уваги на інформацію про кризове консультування, навіть якщо припустити, що така інформація є в газетах та на телебаченні.

І все ж психологія потроху наближається до реального життя. Психологічна допомога стає реальністю у школах, ліцеях, гімназіях, де вже працюють практичні психологи. До психологів-консультантів звертаються працівники охорони здоров'я, соціальних служб, армії, служб безпеки. Без психологічної реабілітації вже важко уявити приватні лікарні.

Що ж таке психологічна реабілітація? Чим вона відрізняється від реабілітації суто медичної?

Реабілітація в особистісному контексті — це активізація функцій конструктивно-позитивного пристосування до соціуму після подолання кризової ситуації. Це відновлення на більш високому якісному рівні, коли людина стає спроможною конструктивніше долати труднощі, ніж до початку психолого-реабілітаційних впливів.

Специфіка реабілітації у порівнянні з лікуванням полягає, як відомо, в тому, що завдання лікування — медико-біологічне відновлення організму, а мета реабілітації — не лише медичне, а і соціальне відновлення з урахуванням певної діяльності (навчальної, професійної тощо). Завдання психологічної реабілітації — створення рівноваги у психиці і поведінці, що відповідає би нормі (Манова-Томова В.С. та ін., 1981).

Реабілітація особистості є професійною допомогою людині, що потрапила у кризову життєву ситуацію, якомога продуктивнішому подоланні внутрішніх і зовнішніх перешкод, виході зі скрутного становища, поверненні на тимчасово втрачену траєкторію життєвого шляху.

Така психологічна допомога сприяє розкриттю суб'єктного потенціалу людини, стимулює самостійні пошуки внутрішньої цілісності.

гармонійності, нових можливостей саморозвитку, самоздійснення, поглищує розробку індивідуальних стратегій перетворення проблемної ситуації, застарілого, хронічного конфлікту, хворобливого стану на етапі особистісного дорослішання, наближення до себе, до власної сутності.

Яким чином розрізнати психологічну підтримку і психологічну допомогу?

Психологічна підтримка з метою здійснення процесу реабілітації має бути епізодичною, тоді як психологічна допомога — тривалою, постійнішою. Ініціатором надання психологічної підтримки частіше виступає клієнт, а форми і засоби психологічної допомоги надає, як правило, консультант, психотерапевт. Психологічну підтримку людині можуть надати соціальні працівники, соціальні педагоги, рідні, друзі, сусіди, знайомі та малознайомі, досить випадкові люди, які уважно вислухають, зрозуміють, посипівчують, виявлять готовність надати пораду, поділитися власним досвідом. Професійна психологічна допомога надається не "спонтанним психотерапевтом", не консультантом-аматором, а передусім психологом, що має досвід роботи у певній галузі, володіє спеціальними техніками, спрямованими на активізацію суб'єктних стратегій розв'язання життєвих проблем.

Слід підкреслити, що тільки професіонал може визначити, коли психологічна підтримка вже не спрацьовує і психологічна допомога стає невідкладною. Тільки професіонал вирішує, якою мірою що допомогу надавати у кожному конкретному випадку, щоб уникнути небезпек "зомбування", зазіхання на особистісну свободу, індивідуальну незалежність. Тільки психолог-консультант може знайти саме той тип психологічної допомоги, який був би органічним для кожного клієнта, відповідним його актуальним можливостям і обмеженням. Тільки психолог встановлює, коли психологічна допомога стає зайвою, коли слід рішуче відмовити клієнтові у подальших зустрічах, запобігаючи його залежності від психотерапевта.

Особистісна реабілітація — це передусім повернення людини до повноцінного життя, до подальшої світобудови з її специфічними просторово-часовими координатами, які забезпечують ціннісну організацію навколишньої дійсності відповідно до ставлення до часу життя й ставленню до довкілля, інших людей і самого себе у морально-етичному ракурсі. У процесі реабілітаційної роботи форми символізації, інтерпретації світу зазнають якісних змін. Попередження особистісної інвалідації передбачає поглиблене самопізнання, під час якого особистість виробляє адекватніше ставлення до власних статевих, індивідуально-типологічних, характерологічних та інших властивостей.

Від чого залежить інтенсивність психотерапевтичного втручання

Під час реабілітаційної роботи з метою запобігання глибоких особистісних викривлень та досягнення якомога повнішої гармонізації, на яку людина спроможна в кризовий період розвитку, психолог разом із клієнтом аналізує конкретні життєві епізоди, коли загострюються застарілі та виникають нові проблеми.

Зовні просте, а насправді дуже складне завдання психолога — виявити ключову проблему, з якої варто починати роботу, або до усвідомлення якої клієнт вже майже готовий. Про неї може навіть не виникнути і згадки під час розмови, вона буде залишатися “за кадром” протягом кількох перших зустрічей.

Причин такого маскування справжньої травмуючої ситуації або її головних елементів дуже багато. Це і страх перед складністю розладів, про які краще не згадувати, може, самі пройнуть. Це і бажання сподобатись консультантові, викликати симпатію до себе. Це і обережність, певна недовіра: “Хто його знає, що за людина... Краще спочатку про це помовчати”. А буває, клієнт дійсно не бере до уваги свою найскладнішу проблему і скаржиться на якісь дрібниці.

Вислуховуючи людину, яка звернулася за допомогою, спостерігаючи за її поведінкою, вловлюючи інтонації, звертаючи увагу на міміку, поставу, хвилювання, зацікавленість певними темами, напруженість під час обговорення інших тощо, консультант орієнтується у ситуації та обирає певну тактику.

Що таке психологічна ситуація? Це єдність зовнішніх умов та їх суб'єктивної інтерпретації, обмежена часом і спонукаюча людину до вибіркової активності (Нартова-Бочавер С.К., 1997, с.21). Як відомо, репертуар значущих ситуацій та способів їх розв'язання має певну специфіку залежно від етапу життєвого шляху, минулого досвіду, статевих, характерологічних, культурологічних та інших факторів.

Оскільки життєвий світ особистості є численними взаємопроекціями внутрішнього і зовнішнього світів одне на одного, то й психологічна ситуація як елемент життєвого світу відтворює і події внутрішнього життя, і зовнішні обставини у нерозривній єдності. Людина чогось дуже хоче, чогось прагне. Її домагання детерміновані попередньою поведінкою, взаєминами, що склалися, страхами, які вона відчуває, очікуваннями значущих людей, її власними сподіваннями. На шляху до мети є чимало перешкод, реальних і уявлених. Свідомо і неусвідомлено людина викривлює справжні обставини власного життя. І все це — психологічна ситуація, з якою консультантові доведеться працювати.

У психотерапевтичній літературі обговорюються такі ситуації: емоційно складна, проблемна, критична, кризова, гранична, екзистенціальна, термінальна, утруднена.

Емоційно складна життєва ситуація, яку різні автори називають також утрудненою або ситуацією важких життєвих умов, ситуацією повсякденних неприємностей (daily hassles), — це значуща для особистості ситуація, котра спрямована до емоційно-мотиваційної сфери і передбачає необхідність переживання як процесу (Л.Виноградова, Л.Анциферова). З такою ситуацією людина, як правило, справляється сама.

Проблемна ситуація може виникати в окремій діяльності, наприклад, учбовій, професійній, пізнавальній тощо, не розповсюджуючись на решту сфер життєдіяльності та не впливаючи вирішальним чином на самооцінку, рівень самоповаги, ставлення до власного життя.

Кризовий консультант працює передусім з критичними, кризовими, екзистенціальними (або межовими), термінальними ситуаціями, тому саме їм надалі приділятиметься головна увага.

Ситуація, яку аналізує консультант, — це збіг життєвих обставин, що переживається клієнтом як граничне напруження, яке він не в змоззі самотійно подолати. Таку ситуацію слід вважати критичною передусім тому, що людині потрібна допомога ззовні, що стандартних, типових способів розв'язання ситуації клієнт не знаходить. Критична ситуація є прелюдією до кризового стану, одним з ранніх індикаторів кризи, що наближається.

Критична ситуація передбачає конфліктні, складні, утруднені, суб'єктивно несприятливі життєві обставини, що потребують перегляду типових життєвих стратегій, внесення суттєвих коректив у життєвий сценарій.

Кризова ситуація провокує перегляд життєвого сценарію як нового початку "нового життя", апробацію нової форми самореалізації.

Екзистенціальна ситуація переживається під час такої глибокої кризи, коли тимчасово втрачається сенс існування і людина опиняється перед вибором між життям і смертю.

Термінальна ситуація виникає вже за межею екзистенціального вибору, коли людина знає про власну приреченість і може лише впливати на якість останнього відтинку того життя, що залишається. Людина в цій ситуації опиняється перед найскладнішим і найвідповідальнішим у її житті вибором — вона обирає або можливість поступового згасання, коли від тебе вже нічого не залежить, або все ж таки можливість мужньо, з почуттям власної гідності зустріти свою смерть.

Кожну з визначених ситуацій, починаючи з критичної і закінчуючи термінальною, можна розглядати і як послідовні стадії несприятливого поглиблення, розгортання життєвої кризи.

Всі чотири типи ситуацій, з якими найчастіше працює кризовий консультант, суб'єктивно переживаються як більш-менш гостра необхідність реконструкції ставлення до себе, до власного минулого, теперішнього і майбутнього. Порущується спонтанність буття, зростає відчуття внутрішнього і зовнішнього хаосу, втрачається структурованість життєвого світу. Людина виявляється енергетично незабезпеченою для самостійного виходу на новий виток життя. Можливості усвідомлення нею власних проблем майже завжди залишаються вкрай незадовільними.

Рівень активності психотерапевта, що надає психологічну допомогу при розв'язанні критичної, кризової, екзистенціальної або термінальної ситуації, пов'язаний, по-перше, з рівнем суб'єктної активності клієнта, з його бажанням самостійно впливати на хід подій, його вмінням брати на себе відповідальність за всі етапи свого життя, включаючи фінальний акорд.

По-друге, інтенсивність психотерапевтичного втручання залежить від глибини та складності ситуації. Якщо критична ситуація передбачає інколи незначний зовнішній поштовх, що полегшує усвідомлення клієнтом утруднених життєвих обставин та шляхів їх опанування, то кризова ситуація вже потребує більш тривалих та систематизованих коригуючих впливів з боку консультанта-психолога.

Екзистенціальна ситуація, про яку йдеться у главах, присвячених психологічній підтримці соматично хворих, завжди вимагає від психотерапевта швидкої, тотальної психологічної допомоги з наступними багаторазовими зустрічами.

Термінальна ситуація, приклади якої читач знайде у главах, пов'язаних з психотерапією онкохворих та ВІЛ-інфікованих, як правило, супроводжується спочатку досить активною психологічною допомогою, яка поступово переходить у психологічну підтримку, активізуючись лише у станах загострення хвороби, об'єктивного і суб'єктивного погіршення. Не можна забувати і про підтримку мікросередовища, рідних та близьких клієнта, що опосередковано впливають на його особистий стан. Приклади такої підтримки розроблені для родини вагітної жінки, яка також переживає гостру життєву кризу.

Що таке хороший консультант

Яка людина може працювати кризовим консультантом, професійно надаючи людині психологічну допомогу, здійснюючи особистісну реабілітацію? Зрозуміло, що однієї наявності психологічного диплома або сертифіката з NLP для успіху у цій вельми складній справі не вистачить.

Ще А.Адлер зазначав, що метод лікування повинен бути в нас самим, а З.Фрейд вважав здатність проникати в душу людини природженою. Ця здатність передбачає можливість заглиблення у підсвідомі рівні власної душі і здатність вчитися на практиці, відмовляючись від стереотипів, вмюючи пережити симпатії та антипатії власного еґо.

Р.Мей також наполягає на тому, що особистість консультанта є вихідним пунктом його праці. Людина, яка надає психологічну допомогу іншим, не може не мати здатності до емпатії, доброзичливого інтересу до людей, вміння почувати себе вільно у будь-якому товаристві. Для професіонала-психолога вміння привертати до себе людей, відчувати радість від спілкування — це обов'язкові риси. Для психотерапевта бажано бути привабливим, створювати такий мікроклімат, щоб до нього йшли люди (1994).

Серед спеціальних здібностей, що їх бажано мати консультантові, чи не найпершому місці — властивість спілкуватися. Як саме? Перш за все, сприймаючи клієнта якомога повніше, чіткіше, об'єктивніше, легко орієнтуючись у ситуації. По-друге, вмюючи розуміти та інтерпретувати внутрішній стан іншої людини, співчуваючи їй, але не демонструючи цього надто відверто. По-третє, вчасно аналізуючи свій власний стан, свої проєкції та контролюючи себе під час бесіди.

На жаль, для більшості терапевтів, як підкреслює Ф.Перлз, надання допомоги є симптомом, а не професією: вони екстерналізують свої труднощі і працюють з ними в інших людях, а не в собі (1995). І це дуже серйозна проблема. Адже людина може не усвідомлювати, як її незадоволеність собою, її хронічні внутрішні конфлікти, її виснаженість після перенесеного грипу виводять її з рівноваги, змінюючи сприймання загалом і викривлюючи ставлення до проблем клієнта, до можливостей власного втручання, рівня директивності тощо.

Як відомо, у європейських країнах психотерапевт не лише повинен регулярно підтверджувати своє володіння певним методом, проходячи ліцензію, але й зобов'язаний час від часу відвідувати когось з своїх колег у ролі клієнта, слідкуючи за власною "психологічною формою". І це — далеко не розкіш. Це — необхідність.

Серед рис людини, яка знайшла здорові шляхи самовираження і може займатися консультуванням, Р.Мей називає такі:

- безпосередність як життя у згоді з власними інстинктами;
- цільність натури, тобто здатність цілком висловлювати себе в словах та вчинках, чесність;
- оригінальність, тобто свіжість та новизна кожної реакції,
- вміння легко пристосовуватись до змін;
- свобода як відсутність війни з власним підсвідомим (Мэй Р., 1994, с.119).

За К.Роджерсом, психотерапевт повинен мати такі якості як природність, відкритість, автентичність, професіоналізм, емоційну стабільність та вилікуваність (1994).

Але кожен з нас — абсолютно неповторна індивідуальність. І коли під час надання професійної психологічної допомоги зустрічаються дві такі своєрідні індивідуальності, успіх справи багато в чому залежить від того, чи обрав психолог для себе саме таку техніку, яка відповідає його особистим індивідуальним характеристикам, його схильностям. Йдеться про органічність методів роботи глибинній внутрішній структурі особистості консультанта.

Якщо заглибитися у вивчення біографій класиків психології особистості, стає зрозумілим, чому саме стриманий, інтровертований З.Фрейд наполягав на принципі психоаналітичного уникнення контакту, сензитивний, скромний К.Роджерс — на ефективності методу емпатійного слухання, а енергійний, екстравертований Дж.Морено — на принципі спонтанності та відтворення в дії (Василюк Ф.Е., 1992).

Висвітлюючи професійне становлення психолога-практика, слід сконцентруватися на двох ключових проблемах:

1) динаміки, тобто такого рівня особистісної зрілості, рівня самоусвідомлення, який забезпечував би можливість постійних змін, внутрішньої динаміки, зростання;

2) реалізму, тобто вміння приймати реальність такою, якою вона є, що й забезпечує радість від процесу спілкування, роботи, життя.

Говорячи про професійну пригодність терапевта, слід зосередитись на його вмінні, готовності, здатності працювати з відкритою реальністю, що відповідає проблемі динаміки, не спираючись на вже знайомі схеми, програми, цілі, очікування (Калитеевская Е.Р., 1995). Дуже важливою для прогнозу результативності психологічної допомоги є позиція психотерапевта у виборі стратегії професійного впливу: обирання спрямованості процесу в цілому чи вибір конкретних технік, що використовуватимуться.

Консультант далеко не завжди усвідомлює, що йому треба робити вибір між інтерпретацією реальності, яку пропонує клієнт, і власним баченням проблеми, яке може базуватися і на теоретичних схемах, і на набутому досвіді, і на персональних проєкціях. У взаємодію вступають два несхожих життєвих світи, кожен з яких індивідуально-неповторний, суб'єктивний і кожен по-своєму далекий від реальності.

Дехто починає з того, що дозволяє собі майже цілком розчинитися у баченні дійсності очима клієнта. Дехто відразу формує власне уявлення про проблему і під час першої зустрічі вже починає коригувати точку зору людини, що звернулася за допомогою, використовуючи певну послідовність запитань, чітко формулюючи, як саме він розуміє те, про що йдеться. Так розрізняються недирективні та директивні методи впливу, між якими існує безліч перехідних варіантів.

Повертаючись до теоретичних схем, які психотерапевт вважає для себе значущими, слід зазначити, що далеко не завжди вдається пра-

завати у межах якоїсь однієї парадигми. Як можна побачити з наступних розділів книжки, автори якої зорієнтовані передусім на екзистенційно-гуманістичний напрям у психотерапії, деякі випадки потребують ширшого діапазону підходів, більш різнобічного методичного інструментарію, зокрема звернення до поведінкових, психоаналітичних та інших технік.

Коли клієнт має змогу вибрати собі психотерапевта, він, природно, хоче, щоб це була людина з досвідом. Але якщо консультант часом не усвідомлює своєрідну роль набутого за роки практичної роботи досвіду, він може опинитися у полоні самого себе. Саме досвід з його батальйонами звичок, стереотипів, автоматизмів, які вже не дуже й контролюються, але вправно керують думками, вчинками, особистісними виборами, стає на заваді адекватному сприйманню реальності, з якою треба працювати.

Ще один вибір, який також стоїть перед консультантом, — це вибір між відкритим контактом і професійним захистом від клієнта. Не завжди легко відрізнити серед своїх реакцій реакції професійні та особистісні. Ще складніше будувати взаємини таким чином, щоб вони були професійними, тобто неформальними і водночас не формально-рольовими.

Що робити, якщо клієнт викликає у терапевта антипатію? Вважати це непрофесіоналізмом і намагатися позбутися такого ставлення? Чи відразу ж знайти коректний спосіб відмовити у подальшій роботі, запропонувавши клієнтові іншого фахівця?

Ми вважаємо, що, по-перше, необхідно переадресувати людину до колеги, знайшовши необразливі аргументи відмови у взаємодії, посилаючись на брак часу, відрядження і т.ін. Працювати, відчуваючи внутрішній опір, не лише неефективно, але й шкідливо для обох сторін. Але є й другий бік проблеми. Бажано, не відкладаючи, проаналізувати, чому саме у терапевта виникає негативне переживання, пов'язане з особистістю клієнта. Можливо, це якимось пов'язане з власними глибинними проблемами, які потребують розв'язання, невідкладного професійного втручання.

До речі, під час першої ж зустрічі необхідно попередити клієнта, що у нього може виникнути бажання змінити для себе консультанта, і це — цілком природно. Таким правом людина повинна скористатися, тому що зайві емоційні бар'єри, які виникають, коли немає взаємної довіри, лише заважають плідній праці.

“Декларуючи свою “цілісність”, стверджуючи “неприродність” розривення у собі двох аспектів — реагування та переживання, психотерапевт насправді позбавляє себе можливості інтеграції. Він або починає маніпулювати, або втрачає контроль над терапевтичним процесом” (Беллштейнська Е.Р., 1995, с.118).

Пам'ятаючи про міжнародні професійно-етичні стандарти, які керуються практичні психологи, тобто про компетентність, конфіденційність, відповідальність, благополуччя клієнта та етичну і

юридичну правочинність, автори цієї книжки концентрується саме на благополуччі людини, яка очікує підтримки та допомоги.

Навіть якщо консультант має інтуїцію, креативність, гнучкість мислення, почуття міри і відповідальності, як вчасно побачити у собі той самий прихований комплекс месії, який загрожує кожному? Як подолати впевненість у власній виключності, унікальності, необхідності своєї роботи для людства і всесвіту? За цим комплексом, як слушно зауважує Р.Мей, завжди можна розгледіти бажання влади, маніпулювання, прагнення піднятися над своєю паствою (1994).

Яким чином у реальних умовах сьогодення кожен консультант повинен проходити такий довготривалий і зовсім недешевий індивідуальний аналіз, дидактичну терапію, самоаналіз тощо? Як позбавитись характерного для посттоталітарного суспільства "професійного неврозу" консультанта, який має надмірну працелюбність, утрироване почуття свого обов'язку, ніколи не відпочиває, не має хобі, цілком віддаючись роботі? Що робити з необхідністю розвитку у собі такої риси, яку Адлер назвав "мужністю недосконалості"?

Ці питання стоять перед кожним психологом, який наважився розпочати практичну роботу. Сьогодні всі вони залишаються відкритими. Деякі варіанти відповідей на них читач знайде на сторінках даної праці.

РОЗДІЛ II

ОСОБИСТІСНІ ДИСГАРМОНІЇ: КРИЗА ЧИ НІ?

1. ЖИТТЄВІ РОЛІ ТА РОЛЬОВА СОЦІАЛІЗАЦІЯ

Ролі та життєві сценарії людини

Важливою складовою частиною поведінки людини є рольова поведінка. Соціалізована особистість завжди є носієм певного арсеналу психологічних ролей: професійних, сімейних, статевих тощо. Психологічні ролі дуже тісно вшиті в структуру особистості. Можна стверджувати (і це підтверджується психологічною практикою), що значна частина психологічних дисгармоній пов'язана з функціонуванням ролей і закономірностями рольової поведінки. Не є винятком і життєва криза, яка дуже часто супроводжується рольовими конфліктами особистості.

В процесі соціалізації у людини формується певна життєва модель: система стійких значущих стосунків, поведінкові стереотипи, патерни, ієрархія звичних видів діяльності. Життєва модель обов'язково включає репертуар психологічних ролей. Ролі як функціональні одиниці діяльної поведінки людини (Шибутани Т., 1969) є одними з основних структурних функцій особистості, вони є втіленням мети соціально значущої діяльності та поведінки людини, отже дуже тісно пов'язані з змістом життя. Психологічна роль неможлива без уявлення людини про себе як про суб'єкта ролі, а отже система ролей має істотне значення у формуванні "Я"-концепції особистості.

Існує багато класифікацій психологічних ролей. Найбільш широким трактуванням, що включає практично всі прояви активності людини, належить класичній теорії психодрами Дж. Морено, де розглядаються такі типи психологічних ролей: психосоматичні, психічні, соціальні, трансцендентні (Лейтц Г., 1994). За нашими даними, під час переживання життєвої кризи можуть бути різною мірою задіяні всі вказані види психологічних ролей.

Хоча в цій концепції лише одна з чотирьох класифікацій ролей отримала назву "соціальна", ми вважаємо всі психологічні ролі людини в тій чи іншій мірі соціальними (якщо не хочемо підмінити поняттям ролі будь-яку функцію особистості) і вважаємо рольовими лише соціалізовані прояви поведінки, такі, які орієнтовані на інші особистості, тобто на міжособистісну взаємодію. Іншими словами, не може бути ролі без "спостерігача". Немає ролі без групи, як не може бути ко-

роля без почту придворних, актора без глядачів. Навіть якщо йдеться про уявну роль, то мається на увазі "уявний партнер" (ним може бути навіть власне децентроване "Я" людини). Отже, роль завжди має на увазі "когось", тобто групу, для якої ця роль грається (як крайній варіант, "групою" може вважатись і один партнер зі спілкування).

Говорячи про соціальні феномени особистості, серед яких найбільше значення має групова ідентифікація, не можна не погодитись з тим, що соціальна сутність людини значною мірою визначається її психологічними ролями. Рольове тлумачення особистості ілюструє зв'язок ролі і групи: скільки референтних груп має людина, стільки й ролей можна виділити в її репертуарі.

Роль — це засіб функціональної включеності в групу. Можна ввести поняття групової ролі, тобто такої ролі, яка майже не включає в себе забарвлення індивідуальності, а визначається лише належністю до групи. В цьому випадку людина "грає" не саму себе, а виступає носієм соціального статусу або уособленням групових очікувань. Людина може грати в різних групах схожі ролі. У цьому випадку говорять про домінуюче амплуа або прагнення до тотожності різних соціальних ролей у різних групах спілкування. У кожній групі людина може грати кілька ролей. За наявності у особистості декількох групових ролей у одній і тій ж групі одна роль завжди буває основною. Інші ролі є побічними, але й вони здебільшого пов'язані з мікрогрупами, угрупованнями, підгрупами, що утворюються всередині групи.

Групові ролі і домінуюче амплуа — дві крайності збіднення індивідуальності, коли соціальні, рольові, функціональні аспекти особистості "затмарюють" власне обличчя людини, її сутність. У цьому випадку ми можемо говорити про "рольову людину". Нею може бути гіперсоціалізована особистість або людина, для якої соціальний успіх заміщує потребу в самореалізації. Ще одним прикладом домінування групової ролі можна вважати людину юрби. За даними психології масовидних явищ юрба знеособлює людину і перетворює її на сліпого виконавця волі "колективного суб'єкта".

Серед найвідоміших і найавторитетніших зарубіжних теорій, які послужили фундаментом для сучасних досліджень психології ролей, можна назвати символічний інтеракціонізм і психодраму.

Предметом вивчення для психолого-соціологічної школи символічного інтеракціонізму, започаткованої Дж.Мідом (його концепція ще інколи називається теорією ролей), є рольова взаємодія, чи інтеракція (від англ. interaction). У роботах інтеракціоністів переважають соціологічний та соціально-психологічний підходи (більшість представників цієї школи — соціологи та соціальні психологи) і недооцінюється особистісне підґрунтя рольової поведінки, яка, на їх думку, майже виключно визначається експектаціями — соціальними

визначеннями. Хоча символісти і вводять поняття внутрішньої, або уявної ролі, воно не співвідноситься зі структурою особистості і не розглядається як детермінанта рольової поведінки людини. Детальніше поглибитись з концепцією символічного інтеракціонізму можна почитати в книжці Т.Шибутані (1969).

Психодраматичний напрямок (Куппер Д., 1993; Лейтц Г., 1984; Морено Дж., 1993), засновником якого є Дж.Морено, навпаки, зосереджується на внутрішніх проблемах і розглядає роль (соматичну, психічну, емоційну тощо) як інтерперсональний феномен, тобто переважно із точки зору себе, не завжди враховуючи, що навіть внутрішні рольові конфлікти дуже часто мають соціальне походження, тобто пов'язані з соціальними стосунками.

В процесі життя у людини формується певний репертуар психологічних ролей, які входять в структуру її особистості. Ці ролі визначаються не лише групами, в яких вони функціонують, та соціальними визначеннями, а мають індивідуальне забарвлення, несуть на собі відбиток особистості. Наприклад, роль "вчителя" може бути настільки різномановною, що навіть введення типології ("суворий вчитель", "вчитель-демократ" тощо) не охопить всіх варіантів рольової поведінки, яка в кожній людині буде своя, неповторна.

Психологічна роль завжди передбачає не лише певний набір функцій, а й конкретні моделі рольової поведінки. Так само, як для театральної ролі існує текст, де записані всі дії та вчинки персонажа, життєві ролі пов'язані з так званими "життєвими сценаріями", в яких певною мірою запрограмовані життєві події людини. Під життєвим сценарієм ми розуміємо певний життєвий план людини, який "розгортається" в ранньому дитинстві і розгортається протягом всього її життя. Сценарій формується під впливом різних обставин: умов родинного виховання, життя батьків, особливостей розвитку особистості, дитячих намірів, планів, мрій тощо. Проте не слід вважати, що під сценарієм ми розуміємо планування людиною свого життя. Життєвий сценарій здебільшого неусвідомлений людиною і скоріше є системою установок, що впливають на її поведінку.

Проблеми життєвих сценаріїв вивчали багато дослідників. У роботах Е.Берна (1988) аналізуються різноманітні типи життєвих сценаріїв (наприклад, сценарії Переможця, Невдахи, Безприданниці, Попелишки та інші), пропонуються методи визначення життєвих сценаріїв людини. Дуже цікавими є результати досліджень Ч.Тойча (1995), який вважається засновником віктимології, тобто науки про віктимну поведінку, чи поведінку жертви (від англ. victim — жертва). На думку Ч.Тойча, віктимні життєві сценарії, тобто сценарії життя жертви, закладені ще в генотипі людини, але можуть бути скоригованими методами психотерапії.

Структура рольової взаємодії

Спілкуючись з іншими людьми, які виступають у певних ролях, людина неминуче вступає у рольову взаємодію з ними, тобто керує їхньою рольовою поведінкою і сама підпадає під вплив партнерів зі спілкування та їхніх ролей. Рольова взаємодія не завжди відбувається гармонійно, інколи вона супроводжується суперечностями — рольовими конфліктами. Рольові конфлікти — це суперечності, пов'язані з соціально-психологічними ролями особистості та їх структурою.

За всієї ґрунтовності й різнобічності дослідження рольової взаємодії послідовниками напрямків символічного інтеракціонізму (Дж.Мід) і психодрами (Дж.Морено), вони не охоплюють всіх психологічних проблем, з якими стикається практичний психолог при розв'язанні рольових конфліктів.

Як показали наші дослідження, досить плідним може виявитись тлумачення рольової взаємодії в контексті соціальної психології особистості. Це дає можливість певною мірою зняти суперечність між соціологічними і психологічними підходами і розглядати інтеракцію не як взаємодію абстрактних соціально-психологічних ролей між собою, а як взаємодію особистості з власною роллю. Соціально-психологічна роль виступає як "посередник" у спілкуванні з іншими особистостями, як механізм включення особистості в соціальний контекст.

Про роль як про особистісну характеристику можна говорити тоді, коли вона є прийнятою особистістю, тобто коли людина відчуває рольову ідентичність, переживає себе суб'єктом ролі. Можна виділити такі форми рольової ідентичності: 1) статева — одна із основних форм ідентичності, що полягає в ототожненні себе з тією чи іншою статтю; 2) етнічна — пов'язана з національною самосвідомістю, мовою і соціокультурними особливостями; 3) групова — пов'язана з членством в різних соціальних групах; 4) політична — пов'язана із соціальними і політичними цінностями; 5) професійна — пов'язана з професійними ролями.

З точки зору соціальної психології особистості рольова взаємодія має складну структуру.

Перша підструктура — рольові очікування — це система вимог соціуму до ролі (як крайній варіант, "соціумом" може бути і одна людина), вірніше, відображення особистістю сукупності тих вимог, які висувають до людини партнери по рольовій взаємодії, її власні уявлення про те, якої поведінки від неї чекають інші. Рольові очікування — зовнішня сторона взаємодії, що характеризує суспільну детермінацію рольової поведінки людини.

Друга підструктура (головна, що визначає характер ролі) — рольова поведінка — це реалізація рольових функцій у конкретних діях і вчинках, що здійснюються в процесі виконання ролей. Рольова поведінка — одна із основних форм соціальної поведінки людини.

Третя підструктура — рольове переживання — це внутрішня сторона взаємодії, що характеризує особистісну детермінацію рольової поведінки людини. Рольове переживання — це уявлення особистості про власні психологічні ролі, відчуття себе суб'єктом тієї чи іншої ролі, це внутрішня модель ролі. Сукупність рольових переживань людини, що стосуються її різних соціально-психологічних ролей, складає зосередну рольову “Я”-концепцію особистості.

Як і будь-яка поведінка, рольова поведінка має свою детермінацію: зовнішню, коли рольова поведінка будується у відповідності з рольовими очікуваннями, на догоду вимог групи або індивідууму; та внутрішню, відповідно до внутрішньої психологічної моделі ролі.

Якщо рольові очікування і рольові переживання відповідають одне одному (тобто зовнішня і внутрішня моделі ролі збігаються, то рольова поведінка є однозначною.

Якщо ж між ними є суперечність, то виникає рольовий конфлікт. Тут можливі різні варіанти. При внутрішній детермінації рольової поведінки ми маємо зовнішній рольовий конфлікт, чи конфлікт рольової поведінки з рольовими очікуваннями. При зовнішній детермінації ми будемо мати внутрішній рольовий конфлікт, чи конфлікт рольової поведінки людини із його власними рольовими переживаннями.

Внутрішній і зовнішній конфлікти можуть переходити один в один. Піддаючись груповому тиску і змінюючи свою рольову поведінку на соціально бажану, людина “заганяє” конфлікт всередину. Навпаки, якщо вона за внутрішнім спонуканням “скидає” з себе небажану роль, то конфлікт переходить у зовнішній. Конформні і гіперсоціалізовані особистості тяжіють до внутрішнього рольового конфлікту, що по суті є невротичним реагуванням на ситуацію. Особистості, що видрізняються психопатичною дезадаптацією, навпаки, схильні до зовнішнього конфлікту.

У реальних ситуаціях спілкування рольова взаємодія — це двосторонній процес, а отже структура рольової взаємодії є подвійною, тобто такою, що належить кожному з партнерів зі спілкування. Так, у випадку спілкування двох людей (найпростіша модель взаємодії) кожен з партнерів має своє уявлення про власну роль (рольове переживання), є суб'єктом власних рольових дій і вчинків і має взаємні рольові очікування (тобто на поведінку партнера А впливають очікування з боку Б і навпаки).

Можна розглянути такий приклад. У стосунках двох людей один завжди є трохи активнішим за другого. Якщо позиції лідера і веденого співпадають з рольовими очікуваннями і переживаннями, тобто одна людина хоче грати роль лідера, а від іншого чекає ролі підлеглого, а її партнер — навпаки, то ми спостерігаємо рольову сумісність, або компліментарність ролей. Рольовий конфлікт починається тоді, коли обидва партнери прагнуть лідерських позицій, а від іншого чекають поступливості. Такі ж причини лежать в основі того, що легко уживаються між собою “садист” і “мазохіст”. Відомі випадки, коли дуже стабільними виявляються шлюби, коли один із подружжя набагато старший за іншого. Це відбувається в тому випадку, коли знаходять взаємне задоволення в потребі реалізації символічних ролей “Батька” — “Дочки” (чи навпаки — “Матері” — “Сина”, якщо жінка старша за чоловіка). Ці ролі, як і попередні, складають рольові пари.

Компліментарними можуть бути і ролі, що не входять у рольову пару. Покажемо це на прикладі сімейних ролей. Чоловік в сім'ї відіграє роль “Покровителя”, тобто є захисником своєї дружини, лідером, приймає всі важливі рішення. У той же час, від дружини він очікує ролі “Господині”: щоб смачно готувала, виховувала дітей. Дружині теж подобається грати роль “Господині”, вона любить готувати, господарювати, а від чоловіка чекає покровительства і захисту. Можна прогнозувати з високим ступенем імовірності, що в такій сім'ї рольові конфлікти будуть рідкістю. Значно гірше, якщо взаємні очікування і домагання не співпадають. Наприклад, чоловік чекає від дружини ролі “Сексуальної партнерки”, а вона хоче бути “Коханкою” чи “Подругою” і проводити час в інтимних розмовах. У цьому випадку неминучі конфлікти пов'язані з суперечністю сімейних ролей, а отже така сім'я буде час від часу переживати кризи сімейних стосунків.

Отже, рольовий конфлікт можна тлумачити не тільки як суперечність між ролями партнерів зі спілкування, а й як суперечність між поведінкою одних і очікуваннями інших. Таке тлумачення дає змогу розглядати рольовий конфлікт одночасно з особистісних і соціальних позицій, що дає додаткові можливості для аналізу. Адже не завжди зрозуміло, що таке суперечності (або, як говорять представники психодрами, дивергентність) ролей, і що взагалі розуміється під суперечностями ролей, які вважаються символістами абстрактними символами. Оголошуючи окремі ролі суперечливими чи ні, дивергентними чи конвергентними без з'ясування того, які саме компоненти структури ролі вступають у суперечність, ми ризикуємо внести велику частку суб'єктивізму.

Рольовий стрес та рольовий конфлікт

Вітчизняний досвід вивчення рольових конфліктів, так само як і психологічні дослідження рольової поведінки, дуже скромний і набагато поступає зарубіжним дослідженням, в яких переважає емпіричне вивчення рольової поведінки і пов'язаних з цим проблем. Феномен рольових конфліктів розглядається в більш широкому контексті — про- блеми рольового стресу (role stress), який виступає у трьох основних аспектах: неоднозначність ролі (role ambiguity), рольовий конфлікт (role conflict) і рольове перевантаження (role overload). Вони описуються за допомогою таких понять, як: множинно-рольовий конфлікт (multiple role conflict); потенційні рольові конфлікти (potential role conflicts); потенційний подвійний рольовий конфлікт (potential dual role conflict); рольовий конфлікт, що розв'язується (disentangling role conflict) та інші.

Більшість досліджень орієнтовані переважно на сферу професійної діяльності людини і на пов'язані з цим практичні завдання, а також на вивчення статево-рольової поведінки та статево-рольових конфліктів (gender role conflict), сексуально-рольових конфліктів (sex role conflict), сексуально-рольової ідентичності (sex role identity).

В зарубіжній практиці використовується багато тестових методик дослідження структурних компонентів рольового стресу. Серед них можна назвати методику вимірювання неоднозначності ролі і рольового конфлікту (R.J.House). Ще одним досить поширеним тестом є шкала рольового перевантаження (T.A.Beehr). Одним з найпопулярніших інструментів вивчення статево-рольової поведінки є шкала статево-рольового конфлікту, створена у 1986 році американськими психологами на чолі з J.M.O'Neil.

Серед методик вивчення рольового конфлікту найбільшого поширення набув тест “шкала рольового конфлікту” (the Role Conflict Scale), розроблений колективом під керівництвом J.R.Rizzo у 1970 році. За допомогою цієї методики можна вимірювати такі найважливіші компоненти рольового стресу, як рольовий конфлікт і неоднозначність ролі. На використанні цього тесту побудовано багато експериментальних психологічних досліджень. За допомогою факторного аналізу, який використовувався для підтвердження психометричних характеристик шкали, що входять у структуру тесту, і статистичного взаємозв'язку між ними, було доведено, що рольовий конфлікт і неоднозначність ролі не є факторіально незалежними конструкціями, хоча і не є тотожними, і утворюють факторну модель другого порядку. Це означає, що зазначені параметри хоч і є різними величинами, проте певним чином пов'язані між собою (скоріше за все існує якийсь інший параметр, від якого вони залежать).

Не менш цікавим, але не таким поширеним у літературі є створений іспанськими психологами під керівництвом J.M.Peiro у 1987 році опитувальник рольового конфлікту (the Role Conflict Questionnaire). Цей тест створено на інших теоретичних позиціях, ніж попередній. Вони близькі до теоретичної моделі, яка використовується в нашій концепції. Поняття “роль” визначається як кластер соціально і організаційно визначеної індивідуальної поведінки. “Рольовий конфлікт” визначається як неконгруентність між очікуваннями, пов’язаними з роллю, і фактичними переживаннями рольового обов’язку.

Серед найбільш теоретично обґрунтованих концепцій, що далеко виходять за межі емпіричних моделей, є психодраматичне трактування рольової поведінки та рольових конфліктів. У теорії психодрами розглядається чотири основних види рольових конфліктів: 1) інtrarольові (внутрішні конфлікти між компонентами чи різновидами однієї ролі однієї людини); 2) інтеррольові (внутрішні конфлікти між різними ролями однієї людини, які є дивергентними або суперечать одна одній і вимагають здійснити власний вибір; 3) інтраперсональні (внутрішні конфлікти, що ґрунтуються на суперечливому рольовому досвіді людини і проявляються в труднощах становлення її рольової поведінки; 4) інтерперсональні (зовнішні конфлікти, що ґрунтуються на суперечностях між дивергентними ролями партнерів зі спілкування) (Лейтц Г., 1994, с. 301-310).

Запропонована нами структура рольової взаємодії дає змогу доповнити названу класифікацію ще принаймні двома різновидами рольових конфліктів, які досить часто трапляється в практиці психологічного консультування. По-перше — це так звані інтеріоризовані інтерперсональні конфлікти, тобто внутрішні конфлікти, що мають своїм походженням міжособистісні стосунки. Суть їх полягає у суперечності між рольовими переживаннями людини і рольовими очікуваннями щодо неї. У такій ситуації людина може будувати свою рольову поведінку або згідно зі своїми рольовими переживаннями (що приведе до зовнішнього конфлікту з партнерами по взаємодії), або підкоряючись їхнім рольовим очікуванням (заганяючи конфлікт у середину).

Прикладом такого конфлікту може бути ситуація психологічного дискомфорту, що виникає у людини в незвичних для неї обставинах, коли зовнішня соціальна ситуація вимагає від неї дій, які не мають нічого спільного з її уявленням про власне покликання, про власні ролі (рольові переживання). У той же час людина повинна підкорятись рольовим очікуванням (тобто формування рольової поведінки має бути однозначним) і не має можливості піти на відкритий зовнішній рольовий конфлікт.

По-друге, всі інтерперсональні рольові конфлікти можуть бути двосторонніми, так і односторонніми. Наша структура дає змогу повільно тлумачити поняття дивергентності та конвергентності ролей. Дивергентними, чи доповнюючими (інколи використовується і термін "компліментарність") ми називаємо такі взаємні ролі, коли рольові очікування одного з партнерів по взаємодії частково чи повністю відповідають рольовій поведінці (а зрештою і рольовим переживанням) другого, і навпаки. Така ситуація називається повною (чи гармонійною) рольовою сумісністю, коли взаємне задоволення ролями партнерів зі спілкування є оптимальним.

Але оскільки і рольові переживання, і рольові очікування є в кожного з партнерів, то збіг може бути частковим: наприклад, поведінка партнера А відповідає очікуванням з боку партнера Б, який задоволений ситуацією спілкування, а от поведінка партнера Б не задовольняє А і суперечить його очікуванням. У результаті ми отримуємо явище одностороннього рольового конфлікту.

Така, на перший погляд, штучна ситуація (адже ми звикли вважати, що конфлікти завжди двосторонні) на практиці дуже часто трапляється, наприклад, у сімейних стосунках, коли міра задоволеністю шлюбом у чоловіка і жінки буває зовсім різною. Незбіг стає особливо очевидним, коли один з партнерів по шлюбу приховує свій дискомфорт і тим самим заганяє конфлікт усередину. У такому випадку розрив стосунків, який може за цим наступити, для іншого партнера стає настільки великою несподіванкою, що той не може зрозуміти його причини.

Практика сімейного консультування налічує таких випадків досить багато. Одного разу до психологічної консультації прийшла жінка, яка збиралася розлучитись зі своїм чоловіком, але це рішення було для неї дуже важким, вона переживала велику внутрішню боротьбу і, не будучи впевненою в правильності своїх дій, вирішила звернутися за допомогою. Причиною її незадоволеністю шлюбом була поведінка чоловіка, який, на думку клієнтки, "перетворився на справжнього монстра", бо не тільки не відповідав її уявленням про те, яким повинен бути чоловік, а й свідомо провокував конфлікти, завжди робив не те, чого хотіла вона, а протилежне. Навіть якщо він і робив щось на прохання жінки (це найчастіше якісь хатні справи), то не тоді, коли це треба, а коли йому самому заманеться і зовсім не так, як вона просила. У жінки почало складатись враження, що чоловік навмисне знущається з неї, і вона почала серйозно думати про розлучення.

На запитання психолога, чи пробувала вона пояснити чоловікові, яких дій і вчинків вона від нього очікує, жінка відповіла, що на прохання заяви він ніколи не реагує, а якщо і звертає інколи увагу, то лише щоб відповісти, що він і сам все добре знає. Психолог запропонував прийти на консультацію чоловіку. Той спочатку категорично

відмовився, вважаючи що на це немає абсолютно ніякої причини. Лише після того як жінка відкрила йому свій намір щодо розлучення, він прийшов і майже з порогу розрядився агресією в адресу психолога, який на його думку, "підговорив" жінку до такого рішення. Зрозумівши, що це не так, він заспокоївся, і вдалося з'ясувати суть справи. На відміну від своєї дружини чоловік вважав свій шлюб якщо не ідеальним, то принаймні дуже щасливим, і він просто не міг повірити, що вона сама могла до такого додуматись. Поведінка дружини повністю його задовольняла, і він просто не міг припустити, що в її баченні сімейної ситуації може бути протилежним, а недостатній природний рівень емпатії не дозволив помітити, що у жінки щось не гаразд.

У практиці сімейного консультування частими є випадки, коли дії, що здійснюються з найдобрішими намірами, є причиною тривалої психотравматизації. В одному випадку чоловік вирішив розлучитися через те, що йому набридло їсти одну і ту ж "ненависну" страву, яку жінка весь час готувала. Найцікавішим було те, що жінка також не любила цієї страви і готувала її лише для того, щоб догодити своєму чоловікові, для якого, на її думку, ця страву була улюбленою, бо він якось дуже її похвалив у присутності своєї матері.

Односторонній рольовий конфлікт трапляється і в тих випадках, коли людина "переростає" свою роль і прагне змінити поведінку. Але в ситуації, коли людина хоче "з завтрашнього дня розпочати нове життя", це здебільшого не вдається, тому що в соціальному оточенні сформувались стійкі рольові очікування, що відповідають старій звичній ролі. Прагнення грати нову роль наштовхуються на ці очікування, які "заганяють" людину в попередню рольову модель.

Прикладом може слугувати поведінка героя кінофільму "Осінній марафон", який фактично грав роль "ганчірки", об яку всі витирали ноги. Одного разу йому набридло, що на ньому всі "їздять" і вирішують за його рахунок свої проблеми. Він став "іншою" людиною, зумів відповісти своїм кривдникам такими словами, на які раніше не наважувався. Проте оточуючі продовжували бачити його такою ж людиною, як і раніше. У такій ситуації дуже важко відстоювати своє право на нову поведінку. В результаті він знов повернувся у свою попередню роль. Взагалі зміна ролі в ситуації "застиглих" рольових очікувань — це проблематична справа. Так, наприклад, випускнику педагогічного інституту важко працювати в школі, в якій він раніше вчився. Адже педагогічний колектив (та дехто з учнів) продовжує бачити в ньому колишнього школяра, а не вчителя.

Персонаж повісті Грекової "Кафедра" займає місце померлого завідувача кафедри, та хоча він і справно виконує всі свої обов'язки і не зловживає правами, його поведінка вступила у суперечність з рольовими очікуваннями членів кафедри. Ці очікування пов'язувались зі зви-

тим образом його попередника, який значно відрізнявся від нього. Як результат виник відкритий рольовий конфлікт між кафедрою та її новим співзвучачем.

2. КРИЗА ЯК ЗМІНА ЖИТТЄВИХ РОЛЕЙ ОСОБИСТОСТІ

Дисгармонійність розвитку життєвих ролей

Залежно від міри зв'язку рольової поведінки людини з базовими особистісними утвореннями психологічні ролі можна поділити на ситуативні та особистісні. У цій площині може трактуватися і проблема особистісної дисгармонії, а саме: дезадаптивні і негармонійні особистості в парадигмі теорії ролей можуть розглядатися як особистості з дезадаптивними і негармонійними особистісними ролями.

Життєвими ролями ми називаємо такі особистісні ролі, які зв'язані з важливими життєвими функціями людини і мають велике значення в її життєвому шляху. Життєві ролі людини постійно розвиваються, змінюються, виникають, зникають тощо. Зміна життєвих ролей відбувається протягом усього життя людини, бо інакше вона не може розвиватись. Але це не означає, що ця зміна обов'язково повинна відбуватися з великими суперечностями. Якщо ці трансформації перебігають гармонійно, тобто без надмірного загострення життєвих труднощів, без великих суперечностей, або, принаймні, ці суперечності продуктивно розв'язуються людиною, то ми говоримо про її гармонійний розвиток.

Але дуже часто зміна ролей здійснюється боляче, тому що людина не може прийняти нову роль, що диктується логікою її психосоціального розвитку, або відмовитися від старої ролі, яка втратила своє функціональне значення і призводить до деформацій і дисгармоній у поведінці. Якщо зміни психологічних ролей людини відбуваються з великими суперечностями, які людина не може самостійно конструктивно розв'язати, то ми говоримо про дисгармонійний розвиток. У цьому варіанті мають місце рольові конфлікти особистості, серед яких можна розглядати і життєву кризу особистості.

Життєва криза — це перехідний період життя, коли відбувається ламання і активна зміна життєвих ролей особистості. Так, характерне для багатьох особистісних криз прагнення “втекти від себе” — це не що інше, як прагнення людини позбутися тієї ролі, що чомусь стала причиною її дисгармонійного стану. Життєва криза характеризується неможливістю (або труднощами) засвоїти нову життєву роль, або ускладненнями з можливістю позбутися старої життєвої ролі. Одним випадком дисгармонійного розвитку особистості може бути не-

розвинутість важливих психологічних ролей людини, що пов'язане з нерозвинутістю її важливих соціальних функцій.

У попередньому розділі ми вже порівнювали життєву кризу зі зміною захисного панцера равлика, що росте. Під захисним “панцером” людини можна розуміти і систему особистісних ролей, що, крім інших, мають і адаптивну, захисну функцію. Деякі ролі виступають як захисні механізми. Кажуть, що людина “надягає на себе маску”, щоб сховати за нею своє справжнє обличчя. Причиною цього дуже часто є прагнення людини захистити деякі болісні сторони свого “Я”.

Прикладом можуть слугувати випадки рольової поведінки, пов'язані з професійною діяльністю. За професійними ролями людина часто ховає більш інтимні сторони своєї особистості. Цим можна пояснити таке явище, як “трудоголізм”, тобто підвищену пристрасть до роботи (за аналогією з терміном “алкоголізм” — пристрасть до алкоголю). Людина обирає діяльність (а нею може бути і якесь захоплення чи хоббі), щоб поринути у світ, створений цією діяльністю, і захиститись від реалій життя, які можуть бути чимось травматичними для неї. До речі, не тільки роль “трудоголика” а й роль “алкоголика” чи “наркомана” — це також прагнення захиститись від життєвих негараздів, втеча від одних життєвих ролей і спроба “заховатись” у рамках іншої ролі.

Руйнування ролі, що відбувається в процесі життєвої кризи, завжди супроводжується руйнуванням її адаптивної, захисної функції: втратою смислу життя, порушенням адекватного уявлення про себе, втратою звичних форм поведінки, пов'язаної з необхідністю створювати нові поведінкові моделі (в тому числі й адаптивні), яких перед тим ще не було, і т.д. Це руйнування не може проходити безболісно, особливо якщо побудова нових ролей чи прийняття їх ускладнені.

Життєва криза як рольовий конфлікт

Як людина переживає кризу? Загострення внутрішніх суперечностей, що супроводжують кризу, стосується і загострення суперечностей у життєвих ролях особистості. Зміни, що відбуваються з людиною, яка переживає кризу, не обмежуються трансформацією її життєвих ролей. Але рольовий аспект заслуговує на увагу, тому що дає змогу проаналізувати суттєві закономірності протікання життєвої кризи і дає конкретні засоби психологічної допомоги людині. Є всі підстави вважати, що криза — це внутрішній рольовий конфлікт, що переживається людиною в переломні моменти життя, коли необхідність зміни життєвих ролей наражається на труднощі, які людина не здатна подолати сама.

Життєва криза — це переломний етап у житті особистості, рубіж між старим і новим досвідом, якісний перехід із одного стану в

Він, як і всяка зміна, має два види детермінації: внутрішню, обумовлену поступовими внутрішніми змінами, що приводять до різкого стрибка, і зовнішню, обумовлену обставинами життя, складнощами міжособистісних стосунків, якимись значущими життєвими подіями і т.ін.

Внутрішня детермінація пов'язана зі змінами в особистості людини, коли формуються уявлення про себе як носія нових психологічних ролей, коли формується потреба стати суб'єктом нової ролі, для якої ще не створилися об'єктивні умови. Якщо нова життєва роль не може реалізуватись у рольовій поведінці, це може стати причиною достатньо істотної життєвої кризи, яка може мати найсерйозніші наслідки.

Прикладом може слугувати підліткова криза, яка пов'язана з протиріччям між новим почуттям дорослості підлітка (підліток прагне грати "роль" дорослого) і невизнанням цієї нової ролі оточуючими. Нереалізовані потреби підлітка можуть стати причиною його негативізму, агресивної поведінки тощо. Про це можна детальніше прочитати у 9 главі.

Зовнішня детермінація пов'язана зі змінами обставин життя людини, коли існуючі життєві ролі людини вступають у суперечність з реальними рольовими очікуваннями, коли ці ролі втрачають значення в житті людини і мають замінитися іншими. Ситуація, коли виникає необхідність міняти життєві ролі, які ще не віджили, також стає причиною життєвої кризи, що полягає у труднощах народження нових життєвих ролей людини.

У романі Марка Твена "Принц і жебрак" ми бачимо приклад життєвої кризи, яку переживає герой, потрапивши з волі обставин у вир простого життя, опинившись серед людей, які не визнавали в ньому принца. Спроба грати звичну для нього роль провалилася, бо наштуктурувалася на зовсім інші рольові очікування і спровокувала серйозний рольовий конфлікт. Ця криза мала для принца благодійне значення, він знайшов з неї нову людину. Але реальне життя дає безліч прикладів, коли зовнішні обставини (наприклад, такі, як війна, стихійне лихо тощо) просто ламають долі людей.

Якщо рольовий конфлікт є важливою складовою життєвої кризи, то істотним чинником психологічної допомоги людині, що переживає кризу, можуть стати методи, спрямовані на відбудову, корекцію чи створення її психологічних ролей. Методи рольової психотерапії (серед яких найвідомішою є психодрама) спрямовані на допомогу людині в розв'язанні численних життєвих проблем (Гройсман А.Л., 1979). Про це докладно можна прочитати в наступній главі.

Життєві кризи з позицій рольової теорії

З точки зору змісту і характеру психологічних проблем чи життєвих обставин, що спричинили кризову ситуацію, а також особистісних ролей, що виникають, розвиваються і зникають, можна виділити кілька типів життєвих криз:

1. *Кризи становлення особистості.* Найхарактернішими кризами становлення є вікові кризи, що вважаються нормативними, тобто необхідними для нормального процесу становлення особистості. Для вікових криз властиві чималі якісні зміни, що відбуваються у психології людини: формування психологічних новоутворень, зміна провідної діяльності і т.д. (про це докладно розповідалося у гл.2). Але ці зміни завжди супроводжуються зміною ролей, оскільки певна діяльність (гра, спілкування, навчання і т.д.) передбачає і відповідну особистісну роль людини.

Кризи становлення особистості характерні не лише для дитинства, підлітковості та юності. На думку багатьох авторів, усе життя людини закономірно супроводжується чергуванням певних періодів. Так, ще давні мислителі ділили життя людини на віки чи цикли (у Гіппократа, наприклад, по 7 років, у інших по 9), що починаються і закінчуються переломними, критичними фазами (Толстых А.В., 1988, с. 32-34).

Дуже цікавою є точка зору на становлення особистості дорослої людини сучасного американського автора Гейл Шиіхі, що розглядає такі кризи дорослішання (і тут прослідковується 7-річна періодичність): 16 років — “виривання коренів”; 23 роки — “план на все життя”; 30 років — “корекція”; 37 років — “усвідомлення середини життя” (Sheehy G. 1976; Максимов М., 1986, 1987). Неважко помітити, що ці кризи пов’язані зі змінами життєвих ролей людини.

Кризи становлення у дорослому віці можуть супроводжуватися важливими життєвими подіями: зміною фаху, місця роботи, втечею з сім’ї, переїздом в інше місто і т.д. (а інколи і більш драматичними, аж до самогубства), що обов’язково передбачає зміну важливих соціальних ролей людини: професійних, сімейних, міжособистісних та інших. Г.Шиіхі пов’язує спосіб переживання кризи людиною зі “стилем проживання життя”, що становить своєрідні життєві ролі людини: “вічна дитина”, “клозет”, “транзит”, “інтегратор”, “квочка”, “кар’єристка з відлагодженим сімейним життям” (G.Sheehy, 1976; Максимов М., 1986, 1987).

2. *Кризи здоров’я.* Часто людина переживає серйозну кризу у зв’язку з втратою здоров’я, каліцтвом чи іншими серйозними проблемами, що докорінно змінюють життя. Найбільш фруструючими кризовими чинниками є втрата у зв’язку зі зміною здоров’я якихось важливих

життєвих і соціальних функцій (а отже і важливих психологічних ролей), відмова від важливих життєвих планів у зв'язку з неможливістю їх виконати (тобто відмова від майбутніх ролей). Про деякі види криз згодом піде мова в наступних главах. Зокрема, про життєву кризу, пов'язану з ішемічною хворобою серця говоритиметься у гл.21.

Прикладом серйозної кризи здоров'я може слугувати історія письменника М.Островського, який ще молодим втратив зір і неможливість ходити. Ця трагедія перекреслила всі життєві плани і ледве стала причиною самогубства.

3. *Термінальні кризи.* Дуже серйозними є кризи, пов'язані з фундаментальними цінностями людини, зокрема з імовірним чи неминучим фізичним кінцем її життя. Приклади: звістка про невиліковне захворювання; які-небудь обставини, що загрожують життю і яких неможливо уникнути; смертний вирок суду і т.д. Детальному психологічному аналізу термінальних криз, що викликані невиліковними захворюваннями, такими, як онкозахворювання, СНІД, також присвячено декілька наступних глав (22-23).

4. *Кризи значущих стосунків.* Надзвичайно важливою є сфера стосовідносин людини з іншими, а отже, значні зміни в структурі цих стосовідносин часто супроводжуються кризами і змінами міжособистісних ролей. Найбільш значущими причинами подібних криз можуть виступати: смерть близької людини, вимушена розлука, зрада близьких людей, розлучення (що пов'язане з втратою міжособистісних ролей). До кризових явищ може призводити і поява нових міжособистісних ролей. Так, народження дитини для сім'ї може стати причиною кризи. Як окрему категорію криз значущих стосунків можна розглядати кризи кохання (нерозділене кохання, втрата кохання, розчарування в коханні).

У психологічній консультації можна часто стикнутися з подібними випадками. Дівчина познайомилася з хлопцем на курорті. Виявилось, що вони жили в одному місті, і після повернення дівчина хотіла продовжити стосунки, бо вона, здавалося, закохалася в свого старого знайомого. Дні відпочинку пролетіли, неначе сон. А на завершення поїздки хлопець сповістив, що їхнє знайомство — то хоч і прекрасний, але лише епізод в його житті, і взагалі у нього є наречена, яка на нього чекає. Дівчина, оплакавши, вже змирилася з долею. Але потім вона дізналася, що наречена покинула хлопця, і в серці знов спалахнула любов. Проте хлопець заявив, що не кохає її, і ніякі стосунки між ними неможливі. Ще не зажила попередня душевна травма, а дівчина отримала нову, ще сильнішу: раніше вона вважала, що є об'єктивні перешкоди для її кохання (інша наречена), та раптом виявилось, що її просто не люблять і навіть не хочуть бачити. І не хто-небудь, а кохана людина.

Дівчина пережила справжню життєву кризу, яка мало не закінчилася для неї драматично.

В автомобільній катастрофі загинув єдиний син батьків. Усі життєві перспективи, що пов'язані з сином і його майбутньою долею (а це складало значну частину сенсу буття батьків) враз були знищені. А син до того ж був дуже талановитим, і на нього очікувало велике майбутнє. Вік батьків був уже надто великий, щоб мріяти про другу дитину. Взяти дитину на усиновлення вони також не наважувалися. А отже, власне життя для них втратило смисл. Зайвим є пояснення, що батьки пережили найстрашнішу з можливих життєвих криз.

Безумовно, ці випадки потребують психологічної допомоги. Про можливі методи психотерапії життєвих криз ми поговоримо в наступній главі.

5. *Кризи особистісної автономії.* Причиною кризи можуть бути обставини, пов'язані з втратою чи обмеженням особистісної автономії чи свободи: попадання у фатальну залежність від людей чи обставин, позбавлення волі. Якщо криза значущих стосунків полягає у втраті значущих міжособистісних ролей, то криза особистісної автономії (що становить різновид попередньої) пов'язана з попаданням у нову небажану міжособистісну роль.

Прикладом такої кризи може слугувати життєва історія людини, яку засудили до ув'язнення за хибним звинуваченням. До останньої хвилини, коли виголосили вирок, чоловік сподівався на справедливість. І вже після цього, не вірячі в можливість такого результату, він був впевнений, що новий розгляд справи по касаційній скарзі адвоката обов'язково виправить цю помилку. Те, що відбувалось далі, було схоже на тривалий кошмарний сон довжиною декілька років. Просидівши дві третини строку, людина була звільнена, бо був затриманий справжній злочинець. Хоч справедливість зрештою і настала, чоловіка не минула життєва криза, яка наклала відбиток на все його життя, одним з наслідків чого була зневіра не тільки в добро і справедливість, а й у себе, в свої сили і можливості.

6. *Кризи самореалізації.* Життєва криза може настати внаслідок обставин, пов'язаних з неможливістю нормальної, звичної чи такої, що планується, самореалізації людини: втрата роботи, значущої соціальної ролі (програш на виборах, втрата високого соціального статусу і т.п.), вихід на пенсію, банкрутство, крах життєвих планів, усвідомлення помилковості життєвого шляху, змушене вигнання (наприклад, внаслідок соціальних конфліктів). Про деякі з таких криз (екзистенціальні фрустрації минулого) розповідається далі.

В останній час стає досить актуальною проблема реабілітації постраждалих від екологічних, техногенних та соціальних катастроф. Це не стосується не тільки жертв однієї з найстрашніших техногенних

катастроф людства — Чорнобильської, а й проблем біжинців (які стали актуальними після багатьох воєнних та міжнародних конфліктів). Вже стала традиційною міжнародна конференція, присвячена цим проблемам, що відбувається щороку в Республіці Білорусь. Одна з основних проблем, що піднімається на ній, — це теоретичні та практичні аспекти кризової психології.

7. *Кризи життєвих помилок.* Часто кризові явища розвиваються внаслідок яких-небудь здійснених фатальних вчинків (криза, що переживається людиною внаслідок скоєної нею зради, злочину, навіть якщо це не пов'язане з відбуванням покарання), втрата коштовної речі (автомобіль, будинок, квартира; сюди можна віднести і злигодні внаслідок стихійного лиха), кризи гріха. Кризи життєвих помилок можуть бути наслідком і нездійснених вчинків, якщо це мало фатальні наслідки.

Наведену вище класифікацію не слід розглядати як якусь універсальну типологію. Найголовніший критерій, покладений в основу класифікації, — це життєві психологічні проблеми як детермінанти життєвої кризи та дисгармонія зміни життєвих ролей.

Форми переживання людиною життєвих криз

Однією з форм життєвої кризи є екзистенціальна фрустрація, що пов'язана з втратою смислу життя (Фрэнкл В., 1990). Розуміння часу життя як цінності в системі особистісних смислів і ціннісних орієнтацій людини займає центральне місце, а інколи і асоціюється з цінністю самого життя. Цінність часу залежить від емоційного ставлення до подій. Станки діяльності, пов'язані з творчим підйомом, натхненням, (у будь-якій діяльності, спілкуванні, коханні тощо), завжди переоцінюються людиною. Цінність часу життя на початку життєвого шляху не така, як у його кінці. Коли людина знає, що приречена, миті життя, що залишилися, перетворюються у надцінність, що часто стає причиною серйозних психологічних змін.

Ціннісне ставлення людини до часу може визначатись ступенем реалізації особистості. Однією з характеристик самоактивованої особистості (за А.Маслоу) є компетентність особистості в часі. Самореалізована людина більш гармонійно ставиться не тільки до вартості часу, а й до проблеми життя і смерті. Гармонійність, розвинутість або, навпаки, уцербність ціннісно-смиислового ставлення до життєвого шляху і особистісного часу говорить про відсутність або наявність серйозних життєвих проблем: конфліктів, драм, криз, у тому числі вікових.

Якщо ціннісно-часові орієнтації умовно поділити на три групи: ставлення до минулого, теперішнього і майбутнього, то і екзистенціальні

фрустрації як порушення ціннісно-смыслового ставлення до життя можна також поділити на три типи за часовою спрямованістю. Відповідно до цього можна і класифікувати перелічені вище види життєвих криз.

Фрустрації минулого — це розлад часових ретроспектив особистості, руйнування тих цінностей, що складали смисл життя людини в минулому. Характерною особливістю такої кризи є те, що зміна життєвих орієнтацій (як на індивідуальному, так і на соціальному рівні) відбувається вже після того, як прожито відповідний відтинок історії, котрий належить тільки до минулого, що створює відчуття втрати смислу прожитого життя. Прикладом може слугувати так званий “в’єтнамський синдром” учасників війни США у В’єтнамі. А зараз можна говорити і про “афганський”, “чеченський” синдроми, що полягають у драматичному переосмисленні минулого воїнами — учасниками бойових подій, якими вони стали внаслідок політичних інтриг керівників держав.

Відчуття життєвої кризи характерно для нинішнього стану нашого суспільства, особливо для людей старшого покоління. Крах монополії комуністичної ідеології, безперспективність шляху розвитку казарменого соціалізму, руйнування колишніх ідеалів нерідко створює відчуття даремно прожитого життя.

Фрустрація минулого не обов’язково виникає внаслідок знецінення минулої діяльності. Будь-який поворотний момент у розвитку суспільства призводить до того, що діячі старшого покоління (особливо ті, що внесли значний вклад на попередніх етапах), відчувають себе відсталими від епохи, застарілими. Після революційних відкриттів у фізиці на початку ХХ століття один із творців класичної електродинаміки Г.А.Лоренц, перебуваючись у зеніті своєї слави, казав: “Я загубив упевненість, що наукова робота вела до об’єктивної істини, і я не знаю, навіщо жив; жалкую тільки, що не помер п’ять років тому, коли мені ще все уявлялося ясним” (*Иоффе А.Ф.*, 1962, с. 58).

Фрустрації теперішнього — це руйнування зв’язку між часовими ретроспективами і перспективами. Як правило, такий стан пов’язаний з переживанням поточної життєвої кризи, що супроводжується відчуттям безвихідності становища. Воно може бути викликано різними причинами: війна, катастрофа, нерозділене кохання, зрада, наклеп, позбавлення волі і т.д. Такі ситуації не обов’язково перекреслюють життя людини, а часто лише змушують переносити реалізацію життєвих планів і завдань із теперішнього в невизначене майбутнє. Проте, невміння знайти вихід, неможливість через депресію, що виникла, пережити ситуацію, часто призводять навіть до суїцидних спроб.

Фрустрації майбутнього — це руйнування часових перспектив людини внаслідок втрати можливості реалізувати намічені життєві плани. Це, мабуть, найсерйозніші випадки екзистенціальної фрустрації.

Критична ситуація може скластися у зв'язку з втратою здоров'я, близьких чи відкриттям не відомих раніше життєвих обставин. Вийти з кризи можна, наприклад, у тому випадку, якщо знайти, заради чого чи заради чого варто продовжувати жити (смісл життя).

З точки зору характеру зміни ролей і часової орієнтації особистості кризи можна поділити на три типи: а) кризи з орієнтацією в майбутнє; б) кризи з орієнтацією в минуле; в) кризи без чітко вираженої часової орієнтації.

Кризи з орієнтацією в майбутнє — це кризи з бажаною зміною психологічних ролей, коли людина хоче прийняти нову роль і позбутися старої. Добрим прикладом можуть слугувати вікові кризи, коли стара людина вже відживає, але прийняття нової ускладнено: так, підліток будь-якого віку прагне взяти на себе роль “дорослого”, але це не виходить через неможливість засвоїти реально цю надто складну роль чи внаслідок небажання дорослих рахуватися з новою потенційною роллю. До цього типу можна віднести і кризи особистісної автономії, коли людина хоче, але не може позбутися ролі “в'язня”, залежності від когось чи чогось, а також деякі кризи значущих стосунків (вимушена розлука), самореалізації (втрата роботи) та інші. Для таких криз є характерним самовідчуття, відображене в словах: “Скоріше б усе це закінчилося!”

Кризи з орієнтацією в минуле — це кризи з небажаною зміною психологічних ролей, коли людина не хоче (чи хоче, але не може це зробити безболісно) приймати нову роль і розлучитися зі старою. Прикладом можуть бути кризи здоров'я і термінальні кризи, коли людина не може змиритися з новою для себе роллю (інваліда, тяжкохворої чи невиліковно хворої людини), і це буде причиною важкої кризи. До цього типу можна віднести і деякі кризи значущих стосунків (смерть близької людини, втрата любові), самореалізації (вихід на пенсію) та інші. Для таких криз є характерним самовідчуття, відображене в словах: “Як добре було перед тим!”

Часове трактування життєвої кризи говорить про те, що проблема часу, зокрема часу життя людини, є ключовою серед життєвих проблем людини. А отже оволодіння часом дає можливості для продуктивного розв'язання життєвих криз, які образно можна назвати збуреннями на життєвому шляху людини. Психологічна роль за самою своєю природою містить часовий компонент, адже роль передбачає виконання, а отже розгортання в часі системи дій та вчинків. Тому роль можна вважати засобом кризової психотерапії, про що мова піде в наступній главі.

3. ХИБИ РОЛЬОВОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

Особистісні дисгармонії як деформації рольової поведінки

Рольові конфлікти набагато частіше трапляються в міжособистісній взаємодії людей, ніж це здається на перший погляд. Вони являють собою досить серйозну соціально-психологічну проблему, яку слід розв'язувати засобами практичної психології. Нерозв'язані або неадекватно розв'язані рольові конфлікти можуть мати серйозні наслідки: ускладнення стосунків, труднощі самоактуалізації, розвиток особистісних дисгармоній тощо. Тому вивчення особливостей виникнення, розвитку, структури рольових конфліктів, а також їх типів і різновидів є одним із важливих завдань психологічної теорії та практики.

Крім того, як уже не раз зазначалося, рольовий конфлікт є суттєвою складовою життєвої кризи. Криза може супроводжуватися рольовим конфліктом будь-якого типу (одним із чотирьох типів за класифікацією теорії психодрами чи виділенням нами видом). Криза може супроводжуватися як внутрішнім, так і зовнішнім рольовим конфліктом, наприклад, підліткова криза переростає у відкритий конфлікт, якщо нові ролі підлітка суперечать рольовим очікуванням оточуючих його дорослих.

Одним з небажаних наслідків негармонійного переживання життєвої кризи та неадекватного розв'язання рольового конфлікту, що її супроводжує, є особистісні дисгармонії. З точки зору рольової концепції можна розглядати такі особистісні дисгармонії: а) особистісний інфантилізм (нерозвинутість чи запізнення в розвитку життєвих ролей); б) девіантна поведінка як засвоєння таких моделей поведінки (ролей), які не сприяють адаптованості особистості і ведуть до соціальної дезадаптації або до сурогатних форм адаптації; в) дисгармонійність життєвого сценарію людини, тобто схильність до поведінки, що є причиною всіляких життєвих невдач; окремим видом дисгармонійного життєвого сценарію є такий, що призводить до випадків віктимної поведінки (в широкому розумінні цього слова), тобто не лише до поведінки, що провокує агресивну поведінку з боку потенційного агресора, а й до провокування ставлення до себе, як до уособлення ролі "жертви" всіляких обставин та інших людей.

До особистісних дисгармоній призводять психологічні проблеми, які неадекватно вирішуються людиною, або інші патогенні події чи фактори: рольові конфлікти, несприятливі поведінкові комплекси, негативний досвід рольової поведінки, неадекватні уявлення про рольові очікування, неприйняття ролей та інші.

Безперечно, всі ці випадки потребують психологічної допомоги. Одним з варіантів такої допомоги може бути проблемно-орієнтоване психологічне консультування, що орієнтоване на визначення психологічної проблеми людини, пошук причин, що призвели до цієї проблеми та систему психотерапевтичних дій, спрямованих на допомогу особистості в розв'язанні її проблем. Дегальніше про цей метод психологічної допомоги та конкретні випадки проблемно-орієнтованого консультування можна прочитати в літературі (Горностаї П.П., Васьковська С.В., 1995; Васьковская С.В., Горностаї П.П., 1996).

Всі випадки порушення рольової поведінки ми об'єднуємо під загальною назвою "рольова дезадаптація". Ми розглянемо причини рольової дезадаптації:

1. *Рольовий дефіцит* чи незасвоєння особистісних ролей. Пояснюється особливостями соціалізації, у зв'язку з якими особистості не вдається сформувати деякі важливі життєві ролі. Наприклад, складності прийняття ролі чоловіка юнаком, який виріс у неповній сім'ї. Інколи в таких випадках складаються негармонійні міжособистісні стосунки в шлюбі, що може стати причиною особистісної дезадаптації і привести до різноманітних особистісних дисгармоній. Поняття рольового дефіциту описане Дж.Морено, який вважав, що він може викликатися як психологічними, так і клінічними причинами. До подібних наслідків може приводити і явище, яке Дж.Морено назвав "атрофія ролі", чи атрофійний рольовий дефіцит.

2. *Рольовий інфантилізм*, чи фіксація на інфантильних ролях і ролі, що віджили, труднощі звільнення від них. Багато які ролі хронологічно передують іншим, таким, що приходять їм на зміну. Наприклад, роль сина в зрілому віці повинна доповнитися роллю батька. Якщо цього не станеться, доросла людина не зможе виправдати звернені до неї рольові очікування як до покровителя, захисника, а сама буде шукати захисту і захисту в інших членів своєї сім'ї (у дружини, а навіть навіть у дітей), грати роль дитини. Про особистісний інфантилізм у перехідному підлітковому періоді, про причини його формування та методи корекції можна прочитати у главі 9.

3. *Рольова дисгармонія*, чи формування неконструктивних і неадаптивних ролей. Такі ролі можуть бути пов'язані з формуванням негармонійних життєвих сценаріїв, віктимною поведінкою чи з різноманітними поведінковими девіаціями людини, наприклад, алколізмом асоціальною поведінкою, сексуальними девіаціями та ін. Проблемам девіантної поведінки, зокрема девіаціям статево-рольової сфери присвячено кілька наступних глав.

Стратегії рольової психотерапії

Рольові конфлікти є одним із загальних механізмів рольової дезадаптації людини.

У тому випадку, коли рольові конфлікти не розв'язуються адекватно і призводять до негативних емоційних переживань, людина, прагнучи до редукції емоційних наслідків рольової дезадаптації, вдається до більш-менш адекватних форм адаптивної активності.

Далеко не найлегшим способом розв'язання рольового конфлікту є спроба вирішити його "в лоб": змінити (переломити) рольові очікування групи, нав'язати їй свою нову рольову поведінку. Зробити це дуже непросто, особливо якщо особистість залишається в старому офіційному статусі, бо рольові очікування мають інерцію, і група буде намагатися "защтовхнути" людину у стару роль.

Найбільш ефективний засіб корекції рольового конфлікту — "зруйнувати ситуацію": піти з групи, змінити соціальне оточення і т.д. Саме тому тим хто хоче розпочати нове життя", належало б не лише прийняти на себе нові ролі, але й по можливості змінити групу спілкування, де сформувати нові очікування відносно себе (зарекондувати себе).

Одним із варіантів такого "руйнування ситуації" є ізоляція від соціуму, що нав'язує особистості небажані ролі, пошук "екологічно ніші" для своєї діяльності. Можлива й повна ізоляція, фактично "втеча з ролі": самотництво, видхід у монастир і т.п. Ще один спосіб такої втечі — занурення в себе, у свій внутрішній світ за допомогою творчості, захоплення (від хобі до езотеричної філософії і віри в Бога) навіть шляхом алкоголізму, наркоманії. Фактично тут діє механізм захисної функції ролі, про який вже говорилося. Ізоляція від соціуму здійснюється за допомогою нових "захисних" ролей "футбольного фаната", "віруючого в Бога", "алкоголіка" тощо.

Інколи рольові очікування є спотвореним відображенням істинних експектацій соціуму, тобто ті вимоги, що група ніби висовує щодо рольової поведінки людини, виявляються "вигаданими" нею самою. При такій гіперсоціалізації (якщо це, зрозуміло, не клінічний випадок параної) потрібна психокорекція уявлень суб'єкта про рольові очікування.

Якщо уявлення все ж адекватні, і людина не може ні поміняти групу, ні вплинути на її рольові очікування, а постійне придушення своїх поведінкових проявів веде до невротизації особистості, можна спробувати скоригувати рольові переживання, тобто поступово прийняти власну роль, що до цього активно відкидалася.

Для подолання рольових конфліктів часто потрібна взаємна корекція рольових очікувань індивіда і групи чи партнерів зі спілкування.

Така допомога актуальна, наприклад, у сімейних стосунках, коли виникає рольова несумісність подружжя чи батьків і дітей. Це веде до важливого прийняття ролей іншої людини, тобто прийняттю людини такою, якою вона є. Остання умова особливо важлива, бо неприйняття людини і її ролей — це одна із основних причин виникнення всіх рольових конфліктів. Взаємну корекцію рольових очікувань можна здійснити використовуючи психодраматичну техніку “обмін ролями”. Партнери у відношенні по черзі грають роль себе і свого партнера, маючи можливість “подивитись” на себе зоку і побути “у шкірі іншої людини”.

Механізми гармонізації особистісного розвитку полягають у реконструкції ролей і моделей рольової поведінки та взаємодії (як реконструкція трикомпонентної структури рольової взаємодії). Для цього необхідно здійснити корекцію неконструктивних і неадаптивних компонентів рольової взаємодії. В усіх видах рольової психотерапії велике значення має рольове переживання як засіб гармонізації внутрішнього світу людини (змін і добудови життєвого світу особистості, катарсичного очищення від кризових і кризоподібних станів тощо).

Будь-яка людина, що перебуває у критичній життєвій ситуації, справляється з психологічними труднощами шляхом особливої внутрішньої діяльності, яку Ф.Ю.Василюк назвав переживанням, і яка, на його думку, є формою реалізації життя, наведеного в одному із типів життєвого світу. Згідно з нашими дослідженнями, творчість, яка є однією з форм адаптації людини до несприятливих життєвих обставин, завжди супроводжується особливими процесами у внутрішньому світі людини. Внутрішній світ — це частина життєвого світу людини, що створюється завдяки взаємоперетинанню світу зовнішнього та внутрішнього (Титаренко Т.М., 1991). Внутрішній світ — це не лише відображення зовнішнього, а й створення уявних компонентів, таких, яких в реальному зовнішньому світі ніколи не було. Творчість людини — це не лише створення творчого результату, а й побудова об'єктивного творчого світу зі своїм простором і часом, розвиток уявної внутрішньої картини світу, яка являє собою штучний світ зі своїми певними подіями, з цілим колом уявних людей, включених у цей світ.

Людина, що вибудовує цей світ, і себе також, включає в нього і в уявні події, що в ньому відбуваються. Таким чином, творчість є одним із способів збагачення людиною свого життєвого світу, яке здійснюється доповненням психологічного простору-часу людини шляхом створення уявних просторово-часових світів. Розширюючи межі свого буття, людина здобуває можливість додаткової самореалізації, проживаючи не одне, а немовби декілька життів, умовно стаючи тим, чим у реальному житті вона стати не може.

Побудова уявного внутрішнього світу людини як наслідок певних актів творчості людини є дійовим засобом психологічної ре-

аблітації в тому випадку, коли життєвий світ людини зруйнований чи зазнав серйозних деформацій, що характерно для людей, що переживають кризу. Цей терапевтичний ефект полягає в тому, що реальні чи уявні життєві ролі мають загальні емоційно-мотиваційні механізми. Тому неможливість (чи неповна можливість) реалізувати себе в реальному світі подій (а це один з наслідків життєвої кризи) може компенсуватися самореалізацією в творчості, у творчому уявному внутрішньому світові.

Подібне є можливим завдяки рольовій децентрації, тобто своєрідному перевтіленню в об'єкт своєї творчості. Творець ідентифікує себе з тим образом, який формує його творча уява. Це супроводжується рольовим переживанням, тобто особливим видом переживання, яке виникає в результаті не поведінкового, а чуттєвого програвання психологічних ролей, — як таких, що задаються життям, так і таких, що створюються штучно. Сила цього переживання може бути різною, доходячи до потрясіння, переживання катарсису. Отже, можна стверджувати, що творчість допомагає реконструювати деформований чи зруйнований кризою життєвий світ людини. Це робить надзвичайно актуальними різноманітні методи психотерапії творчістю і творчим самовираженням (Бурно М.Е., 1989).

Ми виділяємо два основних засоби побудови уявного внутрішнього світу, що визначаються переважанням активної або пасивної уяви. Перший пов'язаний з творчістю в повному розумінні цього слова, з вигадуванням для себе "іншого життя" і переживанням його подій. Другий засіб пов'язаний передусім зі сприйманням результатів творчої діяльності інших людей, при якому відбувається "рольова децентрація", тобто перенесення себе у створений пасивною уявою світ ототожнення себе з кимось (найчастіше, з яким-небудь персонажем діючою особою творчого сюжету).

Це ототожнення не обов'язково буває повним, найчастіше воно є частковим, тобто зводиться до переживання подій, подібно до переживань улюбленого персонажу і бачення світу "очима" героя. Більшою мірою рольова децентрація властива дітям. У зрілому віці ця здатність знижується, але спеціальними психотерапевтичними прийомами може бути актуалізованою, що має значний терапевтичний ефект.

Потребу в рольовому переживанні (поняття, аналогічне терміну "акціональний голод" у концепції Дж.Морено) можна розглядати як один з компонентів творчих потреб людини і потреби самоактуалізації особистості. Люди, що тяжіють до творчої діяльності, в цілому більш схильні до травматизації, ніж інші, внаслідок своєї більшої дефензивності в реагуванні на навколишню дійсність. З іншого боку, саме вони завдяки своїй більшій сприйнятливості до творчості, в ряді випадків краще справляються з життєвою кризою. Це дозволяє розглядати творчість як потужний захисний процес, у якому відбувається не лише

компенсація тих чи інших проблем, але і певні процеси самотворення, які протистоять особистісному саморуйнуванню.

Можна навести приклади терапевтичної дії творчості навіть за допомогою спеціально організованого терапевтичного простору. Багато людей, що переживають "екзистенціальну фрустрацію минулого" (див. попередню главу), намагаються подолати її за допомогою політичної чи естетичної творчості, як активної (в політичній боротьбі), так і пасивної (в читанні газет і журналів). Ефективним методом реставрації перспективних цінностей людини є написання мемуарної літератури.

У випадку "фрустрації теперішнього" засобом терапії також може виступити творча діяльність. Найбільш яскраво це видно на прикладі "терапії" трагічного чи нерозділеного кохання. Неможливість реалізувати своє кохання у власному житті змушує шукати цю реалізацію в уявному творчому світі (найчастіше в поетичному чи музичному). Про це свідчать не лише найхарактерніший у цьому плані приклад Ф.Петрарки, але і майже вся історія світової поезії, починаючи із легендарного Орфея. Можна було б порадити всім, хто переживає "кризу кохання", описати своє нерозділене почуття якщо не в поезії, то хоча б у прозі, і ця сповідь може стати суттєвим засобом терапії.

Дуже цікаві приклади творчості людей, позбавлених волі, наприклад, малюнки і щоденники в'язнів концтаборів. Яскравим взірцем є написаний у в'язниці роман "Місто Сонця" Т.Кампанелли (в якому автор реалізував нудьгу за волею і щастям).

При "фрустраціях майбутнього" терапевтичне значення для людини може мати відкриття нових життєвих перспектив у світі, створення шляхом творчості, реалізація, продовження себе у цьому світі. Так літературна творчість стала засобом подолання життєвої трагедії незрячого і осліплого М.Островського і В.Титова, який втратив обидві руки. За твердженням оглухлого Л.ван Бетховена (важко вигадати страшнішу долю для композитора і музиканта), тільки музика утримувала його на цьому світі і не дозволяла звести рахунки з життям.

Цікавим є досвід застосування психодрами для лікування раку, описаний А.А.Шутценбергер (1990), коли пацієнти програвали в ролях свої життєві перспективи. Випадки видужування хворих, що вважалися невиліковними, можна пояснити тим, що ці хворі за допомогою психодрами розв'язали життєву кризу, викликану звісткою про тяжке захворювання.

Які ж існують форми адаптації людини, спрямовані на подолання рольових дисгармоній? Це адаптація, пов'язана із зростанням особистісних потенцій — самоактуалізацією та адаптація, пов'язана з розвитком компенсуючої функції психологічних ролей, своєрідна рольова гіперкомпенсація.

Існують дві основні стратегії рольової реабілітації

1. *Стратегія "терапія ролі"*, тобто система заходів, спрямованих на зміну психологічних ролей особистості (тут роль виступає як об'єкт впливу). Вона включає такі методи: корекцію життєвих ролей і сценаріїв (трансакційний аналіз); формування і реконструкцію ролей (рольовий тренінг, психодрама); трансформацію ролі шляхом емоційного відреагування (психодрама, рольова психотерапія); розвиток ролей та їхніх особистісних складових (тренінг особистісного зростання); психокорекція рольових конфліктів.

2. *Стратегія "терапія роллю"*, тобто система методів психотерапії за допомогою рольової поведінки (тут роль виступає як засіб впливу на інші психологічні сторони особистості): ролі, що заміщають уявні ролі, рольове переживання як засіб гармонізації життя чи як засіб компенсації (психодрама, терапія творчим самовираженням).

Якщо перша форма адаптації пов'язана з розкриттям сутнісних сил людини і автономізацією від соціуму і соціальних ролей, то друга форма може призвести до формування особистості, рольова поведінка якої буде придушувати прояви спонтанності. По суті це особлива форма рольової дисгармонії, що не належить до дезадаптивних, але у той же час є неконструктивною формою рольової гіперкомпенсації (подолання рольової дезадаптації).

"Терапія роллю" (психодрама)

Психодрама належить до таких методів рольової психотерапії, в яких роль виступає основним інструментом терапевтичного процесу, завдяки якому вдається здійснити позитивні зміни в особистості людини.

Засновник методу психодрами Дж.Морено надавав настільки великого значення психологічним ролям, що вважав їх первинними в відношенні до "Я" людини, а не навпаки. Хоча це твердження є дискусійним, не можна не погодитись з тим, що між особистістю, "Я" психологічними ролями людини існує найтісніший зв'язок. Психодрама є одним з методів психотерапії, який найкращим чином підходить до розв'язання людиною рольових конфліктів і до психологічної допомоги в переживанні людиною життєвої кризи.

Психодрама дає можливість моделювати життя людини, переживати події минулого, теперішнього та майбутнього, — як такі, що існували, так і такі, яких не було і не могло бути, відтворювати будь-які, навіть найфангастичніші, ролі. Моделюючи життєву кризу, можна допомогти людині віднайти такі емоційні ресурси, які дадуть змогу подлати їй несприятливі психологічні наслідки.

У психодрамі створюється певний життєвий світ людини, який можна творити і змінювати за власним розсудом, орієнтуючись на нагальні потреби людини, які в реальному житті не можуть реалізуватись через певні причини. Отже, якщо у людини власний життєвий світ зруйнований чи деформований внаслідок життєвої кризи, психодрама допомагає не тільки відновити його, а й знайти перспективи для розвитку, розкрити можливі способи розв'язання складних життєвих колізій.

Існує багато варіантів і підходів у методі психодрами, залежно від характеру психологічних проблем, складу психотерапевтичної групи та інших психологічних та клінічних чинників. Можна застосовувати психодраму для підлітків, що переживають підліткову кризу, для жертв сексуального насильства, для дітей, що опинилися у кризі внаслідок розлучення батьків чи створення нової сім'ї (див. Психодрама..., 1997). Одним застосуванням цього методу є робота, в основу якої покладено використання сновидінь, тобто значущої інформації, що знаходиться у підсвідомому і впливає на нашу поведінку. Бібліодрама як метод психодрамотерапії використовує біблійні сюжети (переважно такі, в яких розкрито життєві конфлікти) для аналізу їх у терапевтичній групі. Світанська психодрама передбачає психодраматичну роботу з так званими архетиповими фігурами — Персона, Тінь, Аніма, Анімус та іншими (Барц Э., 1997).

“Терапія ролі” (транзакційний аналіз)

Метод транзакційного аналізу, засновником якого є відомий американський психотерапевт Е.Берн, належить до таких методів, які розглядають роль як об'єкт аналізу. Суть цього методу психотерапії базується на ідеї еґо-станів, тобто особливих станів особистості, в яких людина виступає у процесі спілкування (транзакції) з іншими людьми: стан “Дитини” (переважання емотивної сфери, безпосередність і спонтанність), стан “Дорослого” (переважання раціональної сфери, розсудковості та паритетності в стосунках) та стан “Батька” (переважання моральної сфери, покровительство та контроль за виконанням соціальних норм). Функціонування цих еґо-станів створює складну картину життя людини та її стосунків з іншими і дає змогу проаналізувати багато явищ і прихованих тенденцій.

Важливою складовою частиною цієї теоретичної системи є аналіз ігор, в яких беруть участь люди. Е.Берн наводить класифікацію цих ігор, робить їх докладний аналіз, а також показує їх зв'язок з життєвими сценаріями людей та їхніми видами. Одним із застосувань транзакційного аналізу є сценарний аналіз та ідея корекції дисгармонійних життєвих сценаріїв людини. Ця ідея має надзвичайне значення для нас, оскільки життєві кризи, як і інші важливі тенденції в житті

людини, можуть бути “запрограмованими”, тобто в неявному вигляді закладеними в життєвому сценарії людини, а отже подолання життєвої кризи та її наслідків може бути здійснене методами трансакційного аналізу.

Говорячи про терапевтичні аспекти рольового підходу до вивчення життєвих криз, не можна не зазначити, що практична психологічна допомога людині, що переживає кризу, можлива лише за умов наявності в людини потреби до особистісних змін, невдоволеності існуючою ситуацією. Далеко не при всіх рольових дисгармоніях людини можна говорити про таку потребу. Досить часто деформації рольової поведінки є бажаними для людини і використовуються для різних психологічних цілей.

Проблема “рольової людини”, тобто проблема гармонії і дисгармонії особистості і її ролей) пов’язана з цілим рядом проблем соціальної психології особистості, таких як соціальний конформізм (добровільне прийняття на себе ролей чужих для людини, але таких, що схвалюються соціальною чи політичною системою); проблема психології влади, як рольової компенсації особистісних проблем людини; проблема волі і добровільної “несвободи” особистості, що бере на себе роль “в’язня” чи “жертви”, щоб уникнути відповідальності за прийняття життєво важливих рішень чи позбавитися зусиль, необхідних для особистісного самовираження. Ці проблеми уже виходять за межі практики психологічної допомоги, хоч і визначають досконалість і гармонійність життєвого світу людини.

4. ДИСГАРМОНІЯ ПЕРЕХІДНОГО ПЕРІОДУ ВІД ДИТИНСТВА ДО ЗРІЛОСТІ

Негативне і позитивне в період становлення дорослості

Шкільний психолог у своїй професійній діяльності має справу багатьма проблемами підліткового віку, пов’язаними з переходом учня від дитинства до дорослості, від інфантильності до зрілості.

Підлітковий період не випадково називають конфліктним, критичним, важким, важковиховуваним, бо він знаменує зміну одного стабільного періоду на інший. Ситуація розвитку підлітка вже по своїй суті передбачає кризи, конфлікти, складності адаптації до соціального середовища.

Діти, перебуваючи в критичному періоді, вже внутрішньо дозріли для того, щоб включитися в нові форми життя, а зовнішні обставини перешкоджають цьому, утримуючи підлітка в системі старих колишніх взаємовідносин. Почуття дорослості, що формується

...ковому віці, не знаходить своєї реалізації у системі відношень, що веде до негативних проявів у поведінці.

Але, за думкою Л.С.Виготського, “негативний зміст розвитку в певні періоди — лише зворотна, тіньова сторона позитивних змін”. Тенденція до самостійності, емансипації тощо є необхідною передумовою і зворотною стороною побудови нової системи відносин між дитиною і дорослим. В такій “учбовій ситуації” дитина, досліджуючи межі дозволених дієвих дій дорослих, вивчає межі припустимого у стосунках з ними, міру власних можливостей. Відсутність конфлікту не дає змоги дитині перевернути нові здібності на “працюючі”. Стара соціальна ситуація розвитку змінюється вичерпаною, і її слід змінити.

Отже, деструктивний компонент розвитку в кризі спрямований на стару, віджиту, неактуальну для підлітка систему відношень до світу, що спричинює конфлікт з оточуючими. Позитивний зміст обумовлений потребою учня побудувати, створити нову систему відношень, досягти нової гармонії між власними потребами і можливостями.

Конфлікт і гармонія як складові кризи розвитку принципово несумісні, і означають одні формування нового і руйнування старого. Конфлікт розглядається як неодмінна умова розвитку дитини в кризі з метою досягнення гармонії на певному віковому етапі. Подолання кризи створює нову зону найближчого розвитку, що містить умови для формування нової провідної діяльності і нового типу відношень.

Психічне дозрівання підлітка включає дві фази психічних змін, які йдуть одна за одною: негативну (12-15 років) і позитивну (16-18 років) (Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В., 1988).

Негативна фаза характеризується зовні негативними характеристичними зрушеннями, значною дисгармонією, особливо у сфері емоційної. Спостерігається поєднання підвищеної чутливості у ставленні до власних переживань і інтересів з певною байдужістю до інших, соціальної чутливості і гальмівності з розв’язністю і самовпевненістю. Критична, опозиційна готовність у взаєминах з оточуючими, в першу чергу з батьками, нетерпимість опіки, гіпертрофоване прагнення до самостійності набувають характеру реакції протесту. Виникають переживання, нерідко більш-менш конфліктні, пов’язані з пробудженням сексуального потягу. Типовими є емоційна нестійкість, лабільність афекту. Підліток відрізняється підвищеною навіюваністю до стилю поведінки певних ефектних авторитетів і різко протистоїть авторитету батьків, вчителів та інших дорослих. Притаманні негативній фазі імпульсивність реакцій, нетерпимість у досягненні мети за несприятливих середовищних умов призводять до легкого виникнення реакцій опозиції та неповищення. При конфліктних ситуаціях у сім’ї і школі головним диктатором поведінки підлітка нерідко виступає асоціальна група. Прагнення самозберегтися у групі є частою причиною втягнення підлітка у про-

типравні дії саме в негативній фазі пубертату. Цю фазу ще називають фазою "протесту проти батьків", фазою "незалежності і відриву від батьків", фазою "заперечення".

В наступній, позитивній фазі відбувається поступове врівноваження емоційно-вольової сфери. Настають значні зміни у сфері мислення, розвитку особистості в цілому. Формується світогляд, оформлюється усвідомлення свого "Я", диференціюються інтелектуальні інтереси, зростає самосвідомість, згладжуються дисоціації поведінки. Провідною діяльністю стає спілкування, в першу чергу з ровесниками. Ця фаза позитивна за своєю спрямованістю, але й не позбавлена деяких суперечностей. Так, безкомпромісність, пов'язана з високими ідеалами, як і в негативній фазі, інколи обумовлює нетерпимість і конфлікти з оточуючими.

Вчасний перехід від негативної фази до позитивної свідчить про непатологічний рівень розладів поведінки. Асинхронний характер розвитку підлітків, що проявляється в поєднанні елементів зрілості і дитячості, що зберігається, дає змогу припустити плинний характер цих відхилень і достатні можливості сприятливої динаміки розвитку.

Негативна фаза за своєю суттю є революційною, бо характеризує перебудову, зміну, смерть і водночас народження. Позитивна фаза символізує торжество позитивних змін, якостей і рис у розвитку особистості, їх певну сталість, момент накопичення і перетворення у нову якість вже на наступному витку розвитку. В цей період велике значення мають саме зовнішні фактори, зокрема виховні, що підтримують розвиток нових якостей і утворень, сприяють їх вдосконаленню. "пом'якшуючи" кризу розвитку.

Серед порушень поведінки, викликаних соціальними факторами, значне місце відводиться саме формам непатологічним, пов'язаним з явищами мікросоціальної і педагогічної занедбаності. Така педагогічна занедбаність не має під собою первинно хворобливого біологічного фундаменту і являє собою непатологічну соціально-психологічну деформацію особистості. Основні причини труднощів у вихованні окремих школярів криються в неправильних стосунках у сім'ї, в прорахунках школи, ізоляції товаришів, у середовищній дезадаптації взагалі, прагненні ствердити себе будь-що і в будь-якій групі.

Статеве дозрівання, акселерація, суперечності власного "Я" підкріплюють "почуття дорослості" підлітка, а помилки, обумовлені соціальною незрілістю та інфантилізмом, матеріальна залежність, реальне положення в суспільних структурах і відповідне до цього ставлення дорослих постійно і безжально відкидають його до дитинства (Белоусова З.И., Бойко В.Э., 1994, с.30). Часто-густо діє сукупність всіх цих причин, що надто проблематизує результативність корекційних впливів у критичний період.

Кризи розвитку в період становлення дорослості важливо виявити, аби вчасно надати допомогу спеціаліста (психолога, дефектолога, психіатра).

До видів порушень, об'єднаних поняттям кризи періоду становлення дорослості, відносять такі (Ремшмидт Х., 1994):

Порушення статевого розвитку (онанізм, гомосексуальні нахили, ербетатний аскетизм).

Кризи ідентичності та авторитетів (почуття неповноцінності, стресивний стан, створення поведінкових ритуалів тощо).

Переживання відчуження (деперсоналізація і дереалізація). Це сприйняття самого себе, інших людей і оточення, які суб'єктивно здають нереально.

Порушення оцінки свого фізичного вигляду (зовнішності), або морфобії.

Нарцисичні кризи (неадекватно сильна зосередженість на власній персоні — егоцентризм).

Суїцидальні спроби, що можуть бути обумовлені конфліктами самооцінки, самотністю, порушенням міжособистісних стосунків, незадоволеністю своєю зовнішністю (комплекс Терсита), розчаруванням у стосунках з представниками протилежної статі.

Асоціальність, делінквентність і соціальна занедбаність.

Деякі, здавалось би, незначні відхилення у психічному розвитку (слабка пам'ять, недостатній розвиток мислення, неухважність тощо) заважають досягненню учнем успіхів у навчанні, можуть привести до сильних емоційних переживань, конфліктних стосунків з батьками й вчителями, пошуку нових друзів і видів діяльності за межами школи, скоєння правопорушень. На формування протиправної поведінки можуть мати вплив фізична ослабленість, відхилення в емоційно-вольовій сфері: надмірна імпульсивність, значне переважання процесу збудження над процесом гальмування, негативізм, нестриманість і т. п.

У частини учнів можна виявити ознаки певного психічного захворювання, яке в шкільному віці найчастіше перебуває на початкових стадіях розвитку, балансує між нормою і патологією. Це насамперед неврози, які можуть виникнути внаслідок міжособистісних конфліктів, занадто сильного психічного напруження. За формами прояву можуть спостерігатися невротичні реакції, які досить швидко зникають. Невротичний стан — більш серйозний, тривалий нервовий розлад, який рідко зникає сам собою. І, нарешті — невротичний характер, який формується поступово в результаті частих невротичних реакцій і станів. Серед учнів можна виявити дітей — психопатів. Вони важко знаходять спільну мову з ровесниками і дорослими, часто конфліктують, говорять неправду, можуть переконати себе в своїх вигадках і діяти під впливом власних переконань.

Помітне відставання темпу психічного розвитку від вікових норм характерне для дітей-інфантів. Та чи так однозначно можна розуміти інфантізм? Як він може впливати на процес дорослішання особистості? На ці та інші запитання спробуємо відповісти у наступних параграфах.

Інфантізм очима медиків, психологів, педагогів

Поняття інфантізму найбільш вивчено у медичному аспекті. Так, під інфантізмом (від латинського слова *infantis* — дитячий) розуміють затримку в розвитку організму, під час якої у певного індивідуума надовго зберігаються риси “дитячості” як в побудові і функціях тіла (дитячі пропорції тіла, нерозвинутість статевих органів, відсутність вторинних статевих ознак чи недостатня вираженість останніх), так і в поведінці. Виділяють окремі форми інфантізму, серед яких частіше трапляються так звані статевий та психічний. Розрізняють інфантізм загальний та частковий. Під загальним інфантізмом розуміють затримку фізичного та психічного розвитку, під частковим, — наприклад, недорозвинення статевих органів.

Причинами інфантізму можуть бути перенесені інфекційні захворювання, інтоксикації, тривалі кишкові розлади, авітамінози. Інфантізм обумовлюється пошкодженнями плоду, патологією його внутрішньоутробного розвитку чи пологовою травмою, ендокринними порушеннями тощо (Педагогическая..., 1965; Психологический..., 1983).

Інфантізм у соматичному виявленні: відставання у зрості і розвитку мускулатури, дитячість рис обличчя, недостатнє зволоження тіла, недорозвинутість зовнішніх статевих органів і вторинних статевих ознак. Конфігурація скелета відповідає дещо більш ранньому віку.

Певні зміни психічних процесів, якостей і станів особистості викликають соматичні захворювання. Так, захворювання серця і судин супроводжується депресією, діти стають агресивними і нестриманими. При ревматизмі діти бувають занадто рухливі, на уроках розмовляють, грубіянять, причому покарання лише ускладнює їхній стан. У дітей з підвищеним рівнем артеріального тиску часто спостерігається пригнічений настрій, коло інтересів звужується.

При аналізі причин інфантізму не можна обійтися без розгляду типів акцентуацій характеру особистості (Личко А.Е., 1979) і темпераменту. Так, наприклад, збудливі особистості схильні до непоміркованих вчинків, конфліктують за незначних причин, не можуть “стримувати себе”, а епілептоїдні психопати часто жорстокі та ліниві. Все це часто відносять до інфантільних форм реагування і поведінки.

Якщо по відношенню до акцентуїзованого підлітка своєчасно не організована корекційна робота, то існує небезпека посилення занадто виражених індивідуальних особливостей до такого ступеня, коли під впливом стресу опиняється цілісність самої особистісної структури (Титаренко Т.М., 1989).

При вивченні біологічних передумов виникнення інфантилізму виявлено здебільшого зупиняються на дисгармонії церебрально-ендокринної перебудови цього періоду ("органічний інфантилізм"), на процесах асинхронії статевого дозрівання, різноманітних за ступенем і характером варіантів неповноцінності нервової системи (Забединская К.С. и др., 1988).

Так званий психічний інфантилізм ("дитячість психіки") (Зинченко С.М., 1988, с. 46-57) одним з варіантів психопатичних характерів. Виникнення цієї аномалії пов'язане з затримкою темпу визрівання особистості, її емоцій і вольових гальм (регуляторів поведінки) на ранньому етапі. Причини можуть бути різні, та найчастіше це тривалі виснажливі захворювання в ранньому дитинстві (порушення годування, пронос, часті респіраторно-вірусні інфекції та ін.).

У психологічній літературі є поняття "інфантилізм особистісний" — зберігання у психіці і поведінці дорослої людини властивостей, притаманних дитячому віку. Він може бути характерним для індивіда з нормальним і навіть прискореним фізичним і розумовим розвитком. Такі індивіди відрізняються незрілістю емоційно-вольової сфери. Це виражається в погано контрольованих емоціях, несамостійності мисль і дій, нездатності адекватно оцінювати себе та інших, нести відповідальність за свої вчинки, в почутті незахищеності, заниженій самооцінці, підвищеній потребі у турботі з боку інших людей, в неадекватності зовнішньому впливу, різноманітних реакціях компенсаторного характеру (наприклад, фантазування, егоцентризм).

Діти з рисами "інфантильної дисгармонійної особистості" характеризуються підвищеною вразливістю, жадобою нових знань, непосидючістю. У них слабо розвинуті почуття обов'язку, здатність стримувати і регулювати свою поведінку. Такі учні схильні до фантазій, мають слабку пам'ять, але не здатні втілити свої "творчі" задуми і при найменших невдачах втрачають інтерес до занять. Школа часто стає джерелом негативних емоцій. У дітей з рисами інфантильної дисгармонійної особистості можуть спостерігатися втечі з дому, бродяжництво. "Дисгармонійний інфантилізм" — це психічна нестійкість плюс аномальний розвиток особистості внаслідок дефектів виховання.

"Соціальна незрілість" (соціальна, моральна незрілість розглядається в тексті як синоніми соціального інфантилізму) характеризується слабкістю і недостатністю моральних установок. Соціальна характеристика моральної незрілості виявляється у відсутності почуття

обов'язку, відповідальності, нездатності гальмувати свої бажання, підкорятися вимогам, у підвищеній навіюваності і неправильних формах поведінки. Характерні "незрілі форми" самоствердження, схильність до примітивних вигадок, комічної брехні, розхвалювання себе. Можна спостерігати форми захисних реакцій, "інфантильну потребу" в примітивно яскравих враженнях і відчуттях ("сенсорна спрага").

Описуючи позитивні зміни, притаманні психічному формуванню підлітка (прагнення до знань, розвиток інтелекту, вольових рис, самосвідомості й самооцінки, моральних якостей, сексуальних інтересів і т. і.), більшість дослідників підкреслюють як нерівномірність, стрибкоподібність розвитку цих якостей, так і певну дисгармонію, властиву підлітковому періоду.

"Соціально-психологічний і біологічний стан підліткового віку є перехідним від дитинства до дорослості. Пов'язане з цим докорінне ламання — інволюція одних особливостей і визрівання інших — обумовлює ряд психологічних труднощів, які мають характер як суб'єктивно значущих для підлітка, так і об'єктивних, що нерідко ускладнюють взаємодію з ним. У сфері емоцій — це поєднання підвищеної сензитивності з частою зовнішньою брутальністю й розв'язністю, емоційної нестійкості і навіюваності з підвищеною впертістю, негативізмом і афективною збудливістю. Нерідко інфантильний характер інтересів співіснує з домаганнями зовнішньої дорослості" (Лебединская К.С. и др., 1988, с.7).

Одночасна присутність рис дитячості і дорослості з очевидністю виступає в типових для підліткового віку психологічних реакціях, серед яких — реакція емансипації; реакція негативної імітації; реакція групування; реакція захоплення (хобі-реакція); реакції, обумовлені сексуальним потягом, який щойно формується (онанізм, раннє статеве життя, підвищена зацікавленість сексуальними проблемами і т. ін.).

У підлітковому віці нерідко зберігається схильність і до поведінкових реакцій, які звичайно характерні для молодшого віку. До них належать такі: реакція відмови; реакція опозиції, протесту; реакція імітації; реакція компенсації; реакція гіперкомпенсації. Ці реакції можуть бути як нормальними для даного вікового періоду, так і патологічними, що можуть привести до соціальної дезадаптації і вимагати невідкладної медикаментозної терапії.

Інфантилізм є досить складним і різнобічним поняттям. Сукупність визначень відображає певні відхилення у психофізичному, особистісному зростанні, соціальному становленні підростаючої особистості, які провокують чи загострюють кризу індивідуального розвитку.

За нашими експериментальними даними (опитування психологів-експертів) і з аналізу досліджень вчених стає зрозумілим, що проблема інфантилізму, зокрема соціального, не розглядалася спеціально в

психолого-педагогічному і соціальному аспектах. Мають місце суттєві розбіжності у критеріях одного й того ж типу (ознаки особистісного інфантилізму приписуються психічному і т. ін.). Синонімом інфантилізму виступає незрілість, яка розглядається як риса, характерна і для дитини, і для особистісно зрілого дорослого.

Інфантилізм найчастіше пов'язується із затримкою фізичного й психічного розвитку, недорозвиненістю психологічних рис і якостей, соціальною дезадаптованістю як наслідком психо-фізичного патологічного відставання. В роботах психологів і педагогів соціальна, моральна незрілість як синонім соціального інфантилізму найчастіше пояснюється непатологічними відхиленнями у розвитку самостійності, критичності думки, відповідальності, самовизначення, самовдосконалення (що складають психологічну характеристику "дорослості", до якої прагнуть підлітки), спричиненими недоліками і помилками виховання, педагогічною занедбаністю. Але не описане співвідношення цих рис і якостей у підлітковий період, на стику віків.

Декілька слів щодо доцільності застосування термінів "відхилення у розвитку", "затримка розвитку", "відставання у розвитку". Вони (особливо два останніх) часто вживаються в науковій літературі як синоніми і, як правило, позначають дітей з дефектами розвитку. Нерідко такі діти стають "важкими", корекція їх поведінки вимагає участі спеціалістів-дефектологів. У деяких працях поняття "затримка" передбачає тимчасовість цього стану та настання "вирівнювання" в розвитку дитини через певний час (Ілляшенко Т.Д., 1994). Та існують і протилежні думки. Наприклад, така, що явище затримки психічного розвитку не може розглядатися як тимчасове, таке, що з часом коригується. У частини дітей даної категорії в старшому віці залишаються значні недоліки в інтелектуальній діяльності (Сак Т.В., 1994).

Вивчаючи проблему інфантилізму в психолого-педагогічному аспекті, доцільніше вживати термін "інфантилізм у розвитку", що таким чином відокремить наше дослідження від спеціальних, пов'язаних з дефектологією, психіатрією. Наші піддослідні — це підлітки з такими відхиленнями у поведінці, які спричиняються зберіганням в психіці рис і властивостей, що притаманні дітям молодшого віку. Робота психолога має бути скерована на визначення "точки викривлення лінії розвитку", в якій спіткнулась особистість. Проаналізувавши позитивні і негативні моменти дисгармонії, і, нарешті, допомогти підлітку, не ушкоджуючи загальної картини психічного індивідуального здоров'я, знайти оптимальні шляхи для гармонійного саморозвитку й самовдосконалення.

В науковій літературі під інфантилізмом розуміється, як правило, якість, стан, властивість, так би мовити, з негативним знаком. А чи зовсім під одним кутом зору, розглядати, скажімо, таких два різних

випадки: коли людина тікає у світ ілюзій і коли вона вживає кокаїн? Думаємо, недостатньо приділяється уваги розгляду інфантилізму і як позитивному природному перехідному етапу у процесі поступального розвитку особистості.

Особливістю інфантилізму вважається оборотність симптомів і повна компенсація розвитку дитини в подальшому. Але в чому полягає ця компенсація і як скеровувати розвиток дитини?

Слово “інфантил”, вираз “інфантильна поведінка” вчителі вживають досить рідко (частіше — “розумовий інфантил”, “інфантильна закоханість” тощо), свідомо чи несвідомо підмінюючи їх такими фразами, що мають переважно негативний відтінок, як, наприклад: “коли ти вже подорослішаєш?”, “здоровий, а розуму нема”, “поводишся як дитя”. А інколи, на жаль, можна почути і такі: “дурнуватий”, “клепки не височачає”, “дармоїд, сидиш на шиї своїх батьків”.

Всі можливі тлумачення інфантилізму, ознак інфантильної поведінки так чи інакше правомірні, але розглядаються розрізнено, безсистемно. Наприклад, один учень недостатньо фізично розвинений, але добре навчається. Інший — фізично розвинений, встигає в навчанні, але зовсім безініціативний, не має власної думки. Дехто може виявляти дезадаптованість у колективі класу, дехто, навпаки, високу пристосованість у середовищі ровесників, значні розумові здібності, але ладея порушувати дисципліну, порядок, може навіть скоїти злочин. Все наведене вище — сторони одного й того ж явища. Справа в тому, що інфантилізм може позначатися і на фізіології, і на психіці, і на моральному розвитку особистості як причина і наслідок особистісної кризи.

“Застій свідомості” чи звичайна криза розвитку

В період дорослішання молода людина особливо піддатлива впливу і стрибкоподібних змін фізіології, і мінливих, невизначених, суперечливих, критичних ситуацій і подій, що відбуваються у її житті. Навіть вже сформовані, визначені в особистісному і соціальному плані дорослі особи в момент гострої кризи вдаються до інфантильних форм реагування і поведінки. Для підлітків “дитячі прояви” більш характерні, бо вони перебувають на шляху від дитинства до зрілості.

Пропонуємо розглядати декілька типів інфантилізму:

1. **Фізичний інфантилізм** характеризує певне відставання у фізичному розвитку.

2. **Психічний інфантилізм** означає відставання у розвитку основних психічних властивостей. Два перших типи часто тісно пов'язані, тому їх можна об'єднати в один — психофізичний, але в окремих випадках розглядати відокремлено.

3. **Особистісний інфантилізм** передбачає відсутність психічної патології. Він характеризується зберіганням у психіці і поведінці дитини підлітка, юнака рис, особливостей, притаманних людям молодшого віку. Наприклад, у підлітка проявляються і деякий час зберігаються особливості на критичні ситуації дошкільника, а доросла людина може звертати надмірну увагу своїй зовнішності (нарцисизм), як, скажімо, підліток в період розквіту гіперсексуальності.

4. Прямим наслідком особистісного інфантилізму може бути соціальний інфантилізм, до подолання якого здатна лише та людина, яка прагне до психологічної зрілості, докладає зусилля на переборення труднощів життя, виховання у себе таких якостей, як самостійність, критичність, відповідальність. Соціальний інфантилізм вказує на неготовність людини виступати суб'єктом соціальної поведінки.

Соціальна зрілість має тісний зв'язок із психічною зрілістю. А.В.Петровський зазначав, що соціальна зрілість людини залежить від того, як вона "розпоряджається досягнутою психічною зрілістю" (Петровський А.В., 1973). На думку В.О.Ядова, соціальна зрілість обумовлює наявність психологічної зрілості, а виникнення психологічної зрілості пов'язане із відповідним розвитком і розкриттям потенцій особистості (Ядов В.А., 1987).

Свідченням того, що особистість досягла соціальної зрілості і включилася у суспільні відносини як цілісна саморегульована система, може бути наявність у неї соціальної відповідальності. Розвиток соціальної відповідальності передбачає самовизначення, ознакою якого є самостійність людини. Дорослість означає, з одного боку, соціальне функціонування, а з другого — самостійність і відповідальність. (С.С.Кон).

Соціальна активність є базовою для розвитку критичності, здатності змінювати засвоєні стереотипи і способи діяльності, на ній ґрунтується і готовність для саморозвитку і самовдосконалення (Резьдштейн Д.И., 1984).

На тлі вікових новоутворень, підвищеної критичності до себе, а особливо до інших, їх способу життя може проявлятися критичність до тих норм і правил поведінки, співжиття, які пропонують і вимагають від них соціальні інститути. Зростаюча критичність підлітків збільшує можливість в аналізі ними власної поведінки, в здатності її самостійно регулювати, що відповідає якісно новому рівню самосвідомості.

Те, що, скажімо, в молодшому шкільному віці сприймається як незалежне, у підлітковому віці має бути критично осмислене, повинно "перетравитися" у свідомості зростаючої особистості. Цей процес може супроводжуватися болючим внутрішнім конфліктом, боротьбою між старим, навіюваним і тим, що "відкривається" лише тепер, між авторитетною думкою дорослих і власним баченням проблем, власною точ-

ною зору на соціальні цінності. І якщо в цій боротьбі людина свідомо прийме загальнолюдські норми, буде їх активно втілювати у своє життя і захищати свої переконання, то таку людину можна вважати соціально зрілою. Процес переосмислення суті і цінності декларованих норм є характерним і нормальним для підліткового віку.

В тому випадку, коли підліток не оцінює критично встановлені норми і правила, а також групових взаємовідносин, а сприймає їх як сталі і незмінно дані, то його можна соціальним інфантилом. Соціальні інфантили, будучи нормально фізично і психічно розвиненими, можуть ставити перед собою загальнозначущу мету, вчасно і старанно досягати її загальносхвальними засобами, але проявляти відсутність будь-якої звички порівнювати, аналізувати явища і події, норми, правила і закони.

Хто такий “заорганізований школяр”. Такий підліток може сліпо підкорятися встановленому у школі порядку, що позбавляє його необхідності розвитку і тому самостійності й критичності. У важких життєвих ситуаціях він не може проявляти ініціативу, а чекає вказівок ззовні (Степанов В.Г., 1995, с. 179). На нашу думку, така “заорганізованість” визначає соціальну інфантильність учнів.

Те, що називають в побуті безхарактерністю, — зауважує Володимир Леві, — тільки один із обрисів цієї трагедії (мається на увазі втрата особистості внаслідок високої навіюваності людини). Наша зручна навіювана людина може мати вигляд надзвичайно вольового, цілеспрямованого громадянина, який неухильно виконує намічену програму. Здібний, зразковий, високоморальний, неухильний — все чудово. Біда тільки в тому, що це не його програма, не його моральність, не його характер. Повторює несвідомо для себе чужі думки і почуття. Такі віршомани не відають, що пишуть пародії. Так приспаний не знає, що спить...” (Леві В, 1988, с. 53).

Соціальний інфантил не здатний задовольнити свою потребу у самовдосконаленні, самореалізації, усвідомити свою роль у суспільстві, власну позицію щодо мінливих цінностей і догм, стереотипів і новоутворень, якими переповнений сучасний світ.

Слід зауважити, що зрілість особистості не існує сама по собі, а обумовлена зрілістю суспільства, його колективів, і така обумовленість можлива не як однорідний зв'язок, а як взаємодія. “Чим прогресивнішим є суспільство, — вважає П.О.Бардін, — тим досконалішу, більш зрілу особистість воно вимагає і формує для здійснення своїх завдань. З іншого боку, чим вища соціальна зрілість людей, тим швидше рухається суспільство у своєму прогресивному розвитку, тим швидше розв'язуються поставлені перед ним завдання” (Бардин П.О., 1984, с. 48). І коли йдеться про діагностику рівня зрілості окремої людини, то неможливо обійтись без врахування зрілості оточення, в якому вона перебуває.

Чи може і як саме може поєднуватись, “уживатися” інфантилізм у різних своїх проявах в одній людині? Звичайно, може, і кожному неважко в цьому переконатись, вдаючись до психологічного автопортрета “самохарактеристики”.

Юнак 16-и років так описує себе: “Я добре фізично розвинений, займаюсь спортом. Але в мене є нахил застрягати на якійсь проблемі, нездачах, що хворобливо впливає на настрій, стан, самопочуття. Мабуть, добрий, чуйний, співчутливий, але не здатний приймати вольових рішень, самостійно визначати власну поведінку, своє місце в незнайомій обстановці. За несприятливих умов можу ухилятися від виконання того, що від мене вимагається, виходити на конфлікт з оточуючими”.

Ще приклад. Молода жінка 25-ти років, статурою більш схожа на підлітка, говорить про себе так: “Я дуже емоційна, мрійлива, дуже невпевнена, старанна, здатна аналізувати події, вчинки людей. Але не можу самостійно приймати важливі рішення, підкоряюся авторитету, не здатна до сміливих, непередбачених вчинків”.

Хлопчик-підліток 14-и років, тіло слабкої конституції, сором'язливий як дівчинка: “Прагну підвищити свою фізичну досконалість, витривалість, поліпшити загальний стан здоров'я. Тому займаюсь спортом. Крім того, завдяки цим заняттям у мене з'явилися друзі. Я добрий і люблю своїх близьких. Малюю. Нерішучий. Сором'язливий. Мені важко спілкуватися”.

Як бачимо, всі ці “замальовки” досить прості, за ними звичайно можуть приховуватись якісь риси чи підкреслюватись ті, яких насправді немає. Але вони вельми яскраво натякають на більш-менш виражений інфантилізм, в тій чи іншій сфері індивідуального розвитку. Людина інтуїтивно порівнює себе з так званою “нормою”, виділяючи в собі “слабкі місця” чи “слабкі сторони”. Спеціаліст же може кваліфіковано визначити тип інфантилізму і його причини. Важливо пам'ятати про те, що деякі інфантільні риси можуть зовсім не “заважати” людині, і тому не можна “викорінювати” без аналізу історії індивідуального розвитку і розвитку конкретної особистості.

Інфантилізм — це:

по-перше, стійке хворобливе явище, певна недорозвиненість. Воно може бути фізичною чи психічною, загальною чи частковою (наприклад, недорозвинення статевих органів, затримка розвитку уяви);

по-друге, стан, що характеризує перехід від незрілої до зрілої особистості, необхідну умову неперервного розвитку, так би мовити, “інфантилізм у розвитку”. Для кожної окремої людини цей стан може бути більш-менш короткий чи довгий, все залежатиме від особливостей розвитку і зовнішнього впливу. “Інфантилізм у розвитку” можна вважати нормальним, слід тільки правильно його визначити і допомогти особистості подолати перешкоди і труднощі на шляху становлення дорос-

лості. Для педагога середнього навчального закладу найактуальнішим виступає саме “інфантилізм у розвитку”, і від виховного впливу значною мірою залежить становлення зрілої індивідуальності;

по-третє, риса вже дорослої людини. Навіть дорослому за певних умов хочеться стати дитиною. В. Леві пише: “Навіщо, як ви гадаєте, приходять пацієнти в психотерапевтичний кабінет? Щоб лікуватися від заїкань, безсоння, депресії, від імпотенції, від різноманітних неврозів, психозів, комплексів?

Так, але ось головне: всі вони приходять за тим, щоб знову взнати, що вони діти і що, НЕ ЗВАЖАЮЧИ НІ НА ЩО, вони хороші діти, і НЕ ЗВАЖАЮЧИ НІ НА ЩО, жити можна, і жити добре. Ось і все. Так просто. І це головне. І ось цього простого і головного потребує кожний день дитина. Цього простого і головного чекає від нас кожний день, як від бога, НЕ ЗВАЖАЮЧИ НІ НА ЩО” (Леві В., 1988, с. 57-58).

Певно, що риси “дитячості” в позитиві неодмінно присутні у кожній людині. І це природно. Та тільки інфантилізм дорослого вже дещо інший, ніж інфантилізм підлітка чи юнака, він є відносно незмінною характеристикою особистості. Риса інфантилізму дають змогу спілкуватися з молодшими за віком людьми, з гумором виходити із скрутних, навіть трагічних життєвих ситуацій, мріяти, ширіше сприймати “причуди” молодших.

В негативі інфантилізм заважає людині пристосовуватися до незвичних умов життя, невимушено спілкуватися з іншими людьми. Споживач із психологією руйнівника не зможе збудувати міцних стосунків ні вдома, ні на роботі. Недостатній розвиток емпатії збіднює сферу переживань, а здатність піддаватися навіюванню, несамостійність позбавляють людину активності і творчого підходу до власного життя.

З літератури відомий феномен “недорослого дорослого”, що запровадив М. К. Мамардашвілі для характеристики людини, яка мусила існувати у рамках соціальних обмежень та заборон. Інфантильність є причиною такого масового явища, як егоцентризм дорослих, їхнього невміння стати на точку зору власної дитини, зрозуміти її внутрішній світ, мудро й обережно вводити у доросле життя, рахуючись з її індивідуальністю.

“Подорослішання дорослих” може бути умовою профілактики особистісного і соціального інфантилізму підлітків.

Заслуговує уваги розгляд інфантилізму неповнолітніх не тільки як гальма чи “застою свідомості”, а в певних випадках і як природного позитивного явища у процесі поступового розвитку особистості. Адже конкретна індивідуальність розвивається по-своєму, за власними внутрішніми законами, і те, що для одного можна вважати відставанням, для іншого — “поступальний перехід” до якіснішого

деякі. Г. С. Костюк нагадував про “поступовість” розвитку і необхідність “розгледіти за начебто незначними фактами паростки нових якостей свідомості та самосвідомості дитини, спрямувати їх розвиток і допомогти дитині визначитися у просуванні уперед”. Психологічне самопочуття, спрямованість на навчання, спілкування, самоствердження і самовдосконалення — ось основні орієнтири для психологічної допомоги підліткам у критичний період їх розвитку.

Соціальна незрілість у дзеркалі майбутнього

Могутнім фактором саморозвитку у підлітковому віці стає виокремлення в учня інтересу до того, якою стане його особистість у майбутньому. Переживання стосовно становлення власної особистості пов'язані із самореалізацією, з активною роботою підлітка з розвитку і вдосконалення себе. На шляху до дорослості він звертається до переживання окремих сторін своєї особистості, переглядає цінності, засвоєні в ранньому дитинстві і в молодшому шкільному віці, осмислює процеси і труднощі власного розвитку. На бачення себе в майбутньому відбувається ставлення до власного дитинства, до “дитячого” в собі, до проявів дорослості.

Звернемося до деяких тлумачень “дорослості” і “дитячості” в психологічній літературі. Так, у психотерапії метафорична ідея “дитини” трактується як відкритість, спонтанність, тілесна граціозність, безпосередність, емоційність. Метафора “дорослості” — це звільнення від инфантилізму, раціональність, пристосованість, підконтрольність розуму, відмова від поверхів психіки. “Доросла” модель психічної норми (за К. Роджерсом) підкорена принципіві реальності. Ідея процесу, включення в життя переживань, у життя відображає пріоритет “дитячого” (Кочарян О.С., 1994, с. 474). Деякі психологи вважають “дитячість” характеристикою дитячого і підліткового віку, а деякі підкреслюють можливість її існування і у дорослих людей. В той час як певна “дорослість”, яка є нерідко властива і дітям.

Оптимальні варіанти особистісного розвитку передбачають відносну спадкоємність минулого, теперішнього і майбутнього “Я” в зв'язанні з продуктивними поступальними змінами, які є не просто результатом у часі життя, а підйомом, піднесенням до нових якостей. Розвиток, — писав Г. С. Костюк, — це зміни живої людської системи, зміни не випадкові, а необхідні і послідовні, пов'язані з певними етапами її життєвого шляху, і прогресивні, тобто такі, що характеризують її рух від нижчих до вищих рівнів життєдіяльності, її структурне й функціональне вдосконалення” Часова упорядкованість подій виникає на основі усвідомлення їх причинного зв'язку. Завдяки причинним і часовим зв'язкам минулі і майбутні події утворюють складну систему

уявлень про життя, що її у буденній мові звуться “долею”, а в психології — “суб’єктивною картиною життєвого шляху”.

В психологічній науці відомий “ефект незавершеної дії”, відкритий Б. В. Зейгарник. Дії, які були розпочаті, але не доведені до кінця, запам’ятовуються краще: між початком дії і очікуваним результатом зберігається актуальний зв’язок, і нас мучить недороблене, пам’ятається незавершене. Воно завжди живе в нас, завжди в теперішньому. Певно, людина відчуває себе дитиною тому, що має цілу купу незакінчених справ, недосягнутих мрій і надій в дитинстві. Багато хто з нас хотів бути космонавтом чи лікарем, актором чи таксистом, балериною чи каскадером. Нездійсненність намірів і мрій відлунюється зараз потребою у мандрах, грі, фантазуванні. “Дитяче” живе тепер, бо не реалізувалось у минулому, не вилось у ту форму, яка зараз сприймалась би нами як новий етап нашого життя, новий виток власного, особистісного неповторного розвитку. Мрії, марення, фантазії, спогади дають нам змогу, вважають О. О. Кронік та Є. І. Головаха, винирнути із “злободенності”, “розжати” лещата часу, наситити його реалізованими і потенційними зв’язками, оптимізувати ступінь його напруженості, зробити його більш розтягнутим у переживанні людини.

Глибше занурюючись у смисл того, що відбулося, ясніше усвідомлюючи його віддалені наслідки, намічаючи нові перспективи, людина здатна керувати часом і власними переживаннями його, сама в змозі “скоригувати”, “вирівняти” шлях свого розвитку, більш гармонійно і продуктивно прямувати до особистісної зрілості і творчого самовдосконалення.

Відчуття неперервності часу — ознака “нормальної”, безкризової течії життя, гармонійного зв’язку і спадкоємності минулого, теперішнього і майбутнього, а переживання перервності — в якому-сь смислі близько до відчуття “кінця життя”, “застою”, “глухого кута”. В кризовий період розвитку людина досить часто переживає, як їй здається, безвихідь, невирішеність тієї чи іншої ситуації. В такому випадку психолог має допомогти їй краще усвідомити пережите, проаналізувати шляхи і майбутню результативність того, що запроваджується сьогодні.

Обсяг минулого і майбутнього свідчить про певний рівень розвитку. Так, в ранньому дитинстві важко сприймається поняття “завтра”. Лише в 12-13 років, за даними психолога Фрідмена, дитина схоплює ідею історичного минулого. Навіть у старшокласників уявлення про майбутнє досить розпливчасті. Тому діти, підлітки ще не можуть самі допомогти собі у вирівнюванні часового простору, плинину і ритму власного розвитку, а потребують психотерапевтичної допомоги. Частина підлітків вважають себе ще дітьми, бо перебувають у недалекому мину-

тому, а підлітки, які відчують себе напівдороги до дорослості — будують плани на майбутнє.

Перевтілення у більш-менш віддалене минуле чи майбутнє має назву “часових децентрацій”, які призводять до перетворень психологічного минулого, теперішнього і майбутнього, змінюють обрис “міжподійних” зв’язків. Нагадаємо: реалізовані зв’язки з’єднують події хронологічного минулого, потенційні — зв’язки подій майбутнього, актуальні — зв’язки минулого з майбутнім. Актуальні зв’язки відносно хронологічного теперішнього можуть переживатися реалізованими, якщо людина дивиться на них з майбутнього. Актуальні зв’язки перетворюються в потенційні, коли людина живе в майбутньому. Реалізовані зв’язки знову стають актуальними чи навіть переживаються як поточні, коли людина залишається в минулому чи “мандрує” у нього. Мрії і надії перетворюють потенційний зв’язок в актуальний: він переходить із психологічного майбутнього в теперішнє.

Підлітки, які визнають за собою риси “дитячості” і вважають себе ще дітьми, по-своєму, неординарно ставляться до свого життя, “програють” ролі героїв, на яких вони хотіли чи хочуть бути схожими. Може тому вони ще “не дозріли”, щоб стати насправді “господарями” своєї долі, суб’єктами власного життя, а проходять етап так би мовити “репетиції”, проби себе: “На що я здатний, і чого можу досягти у власному житті?” Відповіді на ці запитання, певно, стануть ознакою зрілості особистості, виявом її суб’єктності.

З віковим збільшенням чи зменшенням насиченості життя зв’язують лише загальний інтелектуальний рівень особистості. Чим розвинутіша в цьому сенсі людина, тим більш схильна вона ставитись до свого життя як до росту, підйому на більш високі ступені, зберігаючи тим самим молодість душі. І навпаки — невисокий інтелект найчастіше супроводжується передчасною психологічною старістю. Чим вища психологічна вага майбутнього, тим молодшою оцінює себе людина, чим вища вага минулого — тим старшою.

Особистість, свідомість якої знову набуває часової пов’язаності, послідовності та визначеності, знаходить час для вирішення головної для неї, фруструючої проблеми, і синхронізує використання всіх своїх ресурсів (Кобзар Т.А., Савчук І.І., 1994).

Незріла особистість, підліток, як ніхто, потребує психологічної допомоги в гармонізації відчуття часу, яке з віком зростає і загострюється. Чим дорослішою стає людина, тим вимогливіше вона виходить до себе, ефективніше, раціональніше прагне використати час свого життя.

Важливим є не лише планування своєї життєдіяльності, а й позбавлення нудьги, котра може стати гальмом, перешкодою свідомого реформування свого часу.

Як підлітки ставляться до нудьги? Які причини цього явища вони виділяють і як переборюють цей стан? З відповідей учнів 8-го і 9-го класу видно, що нудьга спричинена здебільшого “відсутністю нахнення, бажання займатись будь-якою справою”. Цей стан характеризується певною безпорадністю, самотністю, байдужістю, підвищеною чутливістю щодо оточуючих. Підлітки 8-го класу тільки в 30%, а вже 9-го класу — у 80% випадків у нудьгуванні звинувачують самих себе. Переважна більшість старших підлітків виводять себе із стану нудьги власними силами (читають книжки, слухають музику, самі “виходять” на друзів, знайомих, розмірковують на самоті). Лише третина восьмикласників аналогічно вирішують цю проблему, а більшість пасивно очікує на допомогу друзів, батьків, щасливий випадок, що вказує на їхню меншу самостійність у плануванні вільного часу і низьку здатність брати на себе відповідальність за рішення власних проблем, вихід із кризи.

Яскравий приклад власного розуміння нудьги і більш-менш конструктивного виходу із цього стану дає київська школярка Наталка М.: “Нудьга — це незацікавленість + лінощі (це порожнє витрачання дорогоцінного часу). Мені буває нудно дуже рідко, майже завжди я можу знайти собі заняття чи співрозмовника (співпрогульника і т.д.). У стані нудьги я можу звинувачувати обставини, до оточуючих подумки звертаюсь: “Розважте мене (чи дайте поштовх)!” А себе запитую: “Як ти допустила нудьгу? Біжи хутчій звідси, ти ж знаєш, де саме тобі точно не буде нудно!” Я виходжу із стану нудьги за допомогою: відеофільмів, друзів (йду до них в гості), журналів, прибирання у полицях (це надовго), пропоную комусь кудись поїхати (за межі міста), лягаю спати”.

Кваліфіковані дії психолога мають бути спрямовані на формування здатності до самоспостереження, самоаналізу, критичної оцінки себе, своїх вчинків, вміння спілкуватися з однолітками.

Як інфантильна особистість реагує на травмуючі ситуації

Якщо людина відчуває, що зовнішні умови стають для неї травматичними, вона починає внутрішньо захищатися. Обов'язковою умовою виникнення психологічного захисту є конфлікт між потребою особистості у збереженні своєї структури та неможливістю її задовольнити в ситуації внутрішньоособистісних або міжособистісних протиріч. Психологічний захист особистості забезпечує належний рівень її самоузгодженості та внутрішньої безконфліктності.

Розвинута особистість володіє багатьма засобами психологічного захисту, але використовує їх лише в екстремальних ситуаціях. “включаючи” найбільш ефективні. Це формує гнучку адекватну поведінку особистості.

В складних життєвих ситуаціях, під час хвороби людина ніби повертається до ранніх вікових форм реагування і поведінки. Такого роду тимчасовий регрес виявляється в патологічному пубертатному кризі (Гур'єва В.А.). Повернення до неконструктивних форм поведінки відзначається не тільки у підлітків, але й на інших вікових "перевалах". У змісті патохарактерологічних реакцій відображається втеча від життєвих проблем, відповідних зрілості, і в цілому вони мають характер, притаманний більш молодшому віку. У підлітків трапляються явища "селективного мутизму", властивого дітям, а у молодих людей 23-24-х років — реакції емансипації, характерні для підлітків (Дзюб Г.К., Арук И.В., 1991).

Дисгармонія перехідного періоду проявляється в тому, що підліток відчуває у собі потенціал стати дорослим і одночасно недостатність простору та інструментів для повноцінного самоствердження. Особистісний конфлікт полягає у тому, що підліток, не маючи змоги ствердитись у зовнішньому світі, вкладає свій потенціал у сублімовані форми містики, поезії, політики, почуттів (Киричук О.В., 1994).

Звичайно, якщо особистість підлітка є зрілою, якщо його змагання привчали долати труднощі, пояснювали, що на шляху до задоволення потреб завжди є перешкоди, то психотравмуюча ситуація, життєві труднощі будуть сприйматися ним як випробування своїх сил, імпульс до самовдосконалення. Інфантильна, незріла особистість (якою по суті вона залишається до настання юності) не усвідомлює "включеності" захисних механізмів, які дають можливість їй зняти тривогу і напругу шляхом викривлення реальності, самообману.

У психологічній науці відоме поняття "регрес поведінки" як форма психологічного захисту, визначає повернення до типів поведінки, пов'язані з дитинством (Фрейд З., Фресс П. та ін.). Деякі вважають регрес поведінки джерелом подальшого прогресивного розвитку особистості. Так, при вирішенні творчої задачі цілеспрямований регрес дозволяє досягати оригінальних, нестандартних результатів.

Підліткам, на нашу думку, регрес поведінки допомагає більш безболісно виходити із складних, кризових ситуацій перехідного періоду, досягати психологічної рівноваги, зберігати і мобілізувати власні сили для подальшого розвитку.

Мета психологічної допомоги полягає у перетворенні захисних механізмів в "працюючі" на користь зростаючій людині, а не в лише пасивне реагування на психотравмуючі ситуації.

Як уникнути дисгармоній періоду дорослішання

Підлітковий вік вважається періодом становлення характеру. Саме в цей період найбільш виразно виступають типологічні норми (“акцентуації характеру”). Від акцентуації характеру залежать особливості транзиторних порушень у поведінці (“пубертатних кризів”), гострих афективних реакцій і неврозів. Тип акцентуації вказує на “слабкі місця” характеру і дає змогу передбачити фактори, що ведуть до дезадаптації особистості.

Для діагностики акцентуацій характеру, а також таких особливостей особистості, як психологічна схильність до делінквентності, алкоголізації та ін., застосовують Патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків (ПДО) Лічко і модифікований варіант ПДО, розроблений С.І.Подмазіним.

Починаючи з підліткового віку можна визначити рівень особистісної зрілості за такими аспектами: мотивація досягнень, ставлення до свого “Я” (“Я -концепція”), почуття громадянського обов’язку, здатність до психологічної близькості з іншою людиною. Оцінка здійснюється за чотирма рівнями: дуже високий, високий, задовільний і незадовільний. Рівень особистісної зрілості визначається за тестом, який описаний у брошурі “Тест-опитувальник особистісної зрілості” за редакцією Ю.З.Гільбуха за 1995 рік.

Умовою розвитку особистості як суб’єкта життя виступає самосвідомість. “До тих пір, — вважає Л.І.Анциферова, — поки суб’єкт сам не зрозуміє суті моральних суперечностей, не підніметься на досить високий рівень аналізу моральної задачі, він залишиться байдужим до адресованих до нього порад і моральних підказок. Від ступеня адекватності усвідомлення особистістю своїх моральних колізій залежить можливість їх подолання” (Анциферова Л.И., 1992, с.16). Можна скористатися методом “самохарактеристики”, описом підлітком власного “психологічного портрету”, що допоможе йому оцінити свої чесноти й недоліки, побачити їх неначе зі сторони.

Умовами поступального розвитку особистості є не тільки її рефлексивне ставлення до себе, а й здатність творчо ставитись до минулого і теперішнього, поєднувати їх з майбутнім. Здатність до ототожнення себе теперішнього з собою в минулому і майбутньому — найважливіше позитивне утворення особистості, що розвивається, забезпечує її повноцінне існування (Там же, с. 25).

Як же підліток сприймає себе в минулому, в теперішньому, в майбутньому в контексті наближення до дорослості? Як підліток ставиться до “дитячості” і “дорослості”? Чи вважається йому очікувана “дорослість” можливою і бажаною на сучасному етапі його індивідуального розвитку?

Для відповіді на ці запитання ми скористалися методом анкетування, семантичного диференціалу. Дані оброблялися за допомогою методів багатомірної статистики (кластерний, факторний аналіз, багатомірне шкалювання).

За спеціально розробленою анкетою учням 10-го класу пропонувалось виконати ранжування осіб, котрі, на думку школярів, мають найбільш виразне відношення до проявів “дорослості” і “дитячості” у просторі заданих характеристик особистості, особливостей її поведінки. Учневі пропонувалось оцінити і самого себе за цими характеристиками у минулому, теперішньому і майбутньому.

Наведемо деякі дані дослідження. В розумінні більшості опитаних підлітків “Людина з дитячістю” пов’язується зі страхом перед труднощами, дивацтвом, інтересом до навколишнього світу, а також із лівістю, почуттям власної неповноцінності, агресивністю. Для деякого (12%) — “Людина з “дитячістю” пов’язується з “Я в майбутньому”. У 40% школярів “Людина з “дорослістю” співвідноситься з ліричністю і здатністю до віршотворчості. “Підвищений настрій” асоціюється з “Я в дитинстві”, “Я тепер” — з мрійливістю, яка пов’язана з дружбою з представником протилежної статі, невпевненістю в собі, зі станом високого емоційного підйому, інколи з відповідальністю.

За даними аналізу чітко виділена шкала “Дорослості — Дитячості” і “Відповідальності — Безвідповідальності”, що може свідчити про досить тісний зв’язок дитячості з безвідповідальністю, а дорослості з відповідальністю особистості. Відповідальність асоціюється з “Я тепер” чи з “Людиною з дорослістю”; а безвідповідальність — зі слабкістю духу, почуттям неповноцінності, неприкаяності серед інших людей, з “Людиною з дитячістю”.

На деяких прикладах можна помітити певну дисгармонію у ставленні учня до себе в часі і до прийдешньої дорослості. Так, в учня Андрія Ж. виявлена негативна кореляція “Я в дитинстві” з “Я тепер” (-0,37), між “Людиною з “дорослістю”” і “Я в майбутньому” (-0,38), між “Я тепер” і “Людиною з “дорослістю”” (-0,33), між “Людиною з дитячістю” і “Я в дитинстві” (-0,52). Це може свідчити про те, що у Андрія відсутня певна часова спадкоємність, про те, що учень не співвідносить себе у майбутньому з дорослим “в ідеалі”. А от учениця Оксана Г. виявила себе як більш зріла особистість. У неї зафіксовані наступні негативні кореляції: між “Людиною з “дорослістю”” і “Людиною з дитячістю” (-0,64); між “Я в дитинстві” і “Я дорослий” (-0,50); між “Я тепер” і “Я в дитинстві” (-0,40).

Аналіз результатів згаданого дослідження показав, що учні в оцінці свого минулого досягають більшої згоди, ніж в оцінці майбутнього. Досить по-різному оцінюють себе в майбутньому за показниками, які тісно пов’язані з факторами “дорослості” та “відповідальності”.

Для вивчення оцінки підлітками 8-го, 9-го і 10-го класів “дитячості” і “дорослості” була спеціально розроблена анкета, до складу якої входили такі запитання, як:

1. Опишіть, будь ласка, конкретну людину, яка відрізняється своєю “дитячістю”.
3. Як ви оцінюєте “дитячість” описаної вами людини (позитивно, негативно). Потрібне підкресліть чи допишіть.
4. Опишіть людину, яка відрізняється “дорослістю”.
5. Як ви оцінюєте “дорослість” описаної вами людини (позитивно, негативно?). Потрібне підкресліть чи допишіть.
6. Знайдіть і запишіть слова, які близькі за змістом до поняття “дитячість”.
7. Знайдіть і запишіть слова, які близькі за змістом до поняття “дорослість”.
8. Якою людиною — з “дитячістю” чи з “дорослістю” — ти вважаєш себе? Чому?

Результати анкетування показують, що підлітки 9-го класу негативно ставляться до проявів “дитячості”, прагнуть стати дорослими, хоча і усвідомлюють, що на теперішньому етапі знаходяться десь посередині. Лише 10% опитаних гадають, що вони вже дорослі, пояснюючи своє припущення так: “Вважаю себе людиною з “дорослістю”, бо спокійний та серйозний”. 11% вважають себе людьми, яким притаманні риси “дитячості”, а саме: “Маленький на зріст, егоїстичний, легковажний, в складних життєвих ситуаціях гублюся, нервую, панікую”.

До психологічного портрету “Дорослості” за даними опитування входять високий зріст, фізична сила, комунікативність, весела вдача, доброзичливість, чесність, справедливість, розсудливість, інтелігентність манер, прийняття відповідальності на себе і самостійне вирішення власних проблем. Та неправильно вірно було б думати, що “дорослість” сприймається підлітками лише як позитивна якість особистості. Дехто, описуючи портрет людини з “дорослістю”, зазначає і такі особливості: ставить себе вище за всіх, пихатий, хизується своєю “геніальністю”, може “викрутитися” з будь-якої ситуації та ін. Незважаючи на те, що учні прагнуть бути дорослими, а щодо “дитячості” висловлюються досить негативно, остання все ж таки включає і такі особливості характеру, поведінки, зовнішності, які аж ніяк не можна засуджувати. Так, в описі портретів людей з дитячими рисами відмічаються такі позитивні ознаки, як, наприклад: веселий, розуміє жарти, може підняти настрій іншим: маленький на зріст, але фізично сильний.

До психологічного портрету “Дитячості”, яка засуджується дев'ятикласниками, входять: маленький зріст, невихованість, жарти з метою образити, злобливість, неповажання людської гідності, уникнення відповідальності, брутальність тощо.

Описані дані дають можливість припустити, що “дитячість” сприймається підлітками 9-го класу негативно в силу пануючих стереотипів розуміння дитячого, інфантильного в особистості. Прагнення дітей стати дорослішими в значній мірі може визначатися позицією батьків, вчителів, приятелів старшого віку, які бажають щонайшвидше позбутися неприємностей, пов’язаних з незручними дитячими проявами. Але помічено, що бажана “дорослість” деколи включає ті риси, які притаманні людині з “дитячістю”. Спадає на думку, що підлітки не вистіпають насправді “бути” дорослими, а прагнуть лише “справляти враження” саме таких для самоствердження, прийняття в референтному оточенні, для спілкування з дорослими жінками і чоловіками “на рівні”, і не бажають втрачати привілеї, які були досягнуті в дитинстві. Те ж саме, здається, якоюсь мірою стосується і дорослих людей (згадаймо фантазування, регрес поведінки і т. ін.).

Чверть підлітків 8-го класу позитивно ставляться до “дитячості” і до того ж вважають себе людьми з дитячими рисами. Ця група підлітків зазначає такі риси як: наївність, безпосередність, широкість, жартівливість, у складних ситуаціях спочатку деяка розгубленість, але спроможність їх вирішити, вміння поспівчувати, розсмішити, здатність помічати “милі дрібнички” в житті. На їхню думку, “дитячість” дає можливість вільно спілкуватися, “розкріпоститись”.

Те, що підлітків 8-го класу, які позитивно оцінюють “дитинність”, за кількістю більше, ніж дев’ятикласників, може говорити про те, що оцінки дорослих, їх стереотипи, очікування ще не такою мірою панують над ними. Вони не приховують свого ставлення до проявів дитячості, особливо дівчатка. Можна припустити, що цей стан для них приємний, звичний, комфортний. Адже лише 20% восьмикласників позитивно ставляться до дорослості, вважають себе дорослими, підкреслюючи вихованість, серйозність, впевненість у собі, інтелігентність, розумне вирішення ситуацій, приємність у спілкуванні. Тобто ті риси, які дають можливість благополучно почуватися серед інших, отримати певний статус. Решта хлопчиків і дівчаток 8-го класу вважають себе на півдорозі до зрілості з досить невизначеним ставленням як до “дорослості”, так і до “дитячості”.

За даними анкетування найбільш вживаними серед восьмикласників і дев’ятикласників синонімами слова “дитячість” є “дитинність”, “легковажність”, а слова “дорослість” — “вихованість”, “розсудливість”, “серйозність”. Порівняння отриманих даних виявляє наступне: у восьмикласників спостерігається деяка нетерпимість до

дорослих, які, мовляв, не прагнуть зрозуміти, проявляють потяг до покровительства, є “старими тілом і душею”. Дев’ятикласники, наближаючись до дорослості, не схильні до таких категоричних оцінок дорослості, підкреслюючи серйозність, розум, відповідальність дорослої людини. А до дитячості вони ставляться як до пустошів, несерйозності, безтурботності, комплексу неповноцінності, в той час як восьмикласники більш емоційно забарвлюють “дитячість” такими епітетами, як: наївність, щирість, розкутість, беззахисність, веселість.

Отже, ставлення підлітків 8-го і 9-го класів до проявів дитячості і дорослості значно відрізняється. Висловлюючись більш загально, можна припустити, що учні 8-го класу до “дитячості” ставляться емоційно позитивно, а до “дорослості” — критично. Учні 9-го класу, навпаки, до “дитячості” — критично, до “дорослості” — емоційно позитивно. Таке ставлення може ускладнювати перехід від однієї фази розвитку до іншої чи сприяти виникненню страху щодо тимчасового збереження рис дитячості, що нерідко засуджується дорослими. Якщо вчора якась риса чи якість сприймалась учнем позитивно, а сьогодні — негативно, це може являти собою, з одного боку, прогресивний момент розвитку, але з іншого боку — можливість виникнення почуття неповноцінності в майбутньому.

Що ж стосується десятикласників, то вони одноставно позитивно ставляться до дорослості, її проявів, самі прагнуть відповідати власному ідеалові і сприймають це як позитивний момент у своєму житті. Психологічні портрети людей з “дитячістю” і “дорослістю” більш виважені в порівнянні із описами учнів 8-9 класів, в них більше уваги приділяється загальнолюдським рисам і якостям, вмінню жити і спілкуватися з людьми, самовизначенню зрілої особистості. Але декого засмучує власна дитинчатість, безвідповідальність чи незібраність тощо.

З метою попередження загострення кризи розвитку вчителів слід за допомогою аргументів, фактів, прикладів довести школярам неминучість і доцільність співіснування на певному етапі особистісного розвитку рис і особливостей поведінки, притаманних як дитинству, так і зрілості.

Певна розбіжність у розумінні підлітками “дорослості” і “дитячості”, в уявленні себе в минулому, теперішньому і майбутньому в контексті наближення до зрілості може говорити і про те, що вони знаходяться під впливом усталених стереотипів, очікувань дорослих і ровесників, і про те, що зростаюча критичність і прагнення до самостійності наполегливо повертає їх до власного внутрішнього світу,

їх переживань, передбачень, припущень, примушуючи зазирнути у майбутнє. І водночас вони прагнуть залишити за собою право "маленьких" — жити за "принципом задоволення".

Безумовно існує певний зв'язок між дитячістю і відповідальністю, дорослістю і відповідальністю. Для визначення звідношення "дорослості", "дитячості", "самостійності" і "критичності", місця цих понять у семантичному просторі школярів, був застосований метод семантичного диференціалу. Опитувались учні 7-го класу.

На діаграмі А зображено 18 семантичних шкал. Кожна шкала представлена двома полюсами, наприклад, "великий — маленький", "сильний — слабкий" і т.д. Для спрощення на діаграмі показано лише один з двох протилежних полюсів для кожної шкали. Ця діаграма дає змогу візуально порівняти усереднені профілі оцінок таких понять як "дитячість", "дорослість", "самостійність" і "критичність". В оцінці судитків поняття "критичність" спостерігається певна різниця порівняно з розумінням інших понять. Найбільші розбіжності в оцінці цього поняття припадають на такі шкали, як: "приємний", "м'який", "зітлий", "ніжний".

В оцінках "дорослості" і "дитячості" розбіжність найбільш помітна по шкалам: "сталий", "великий", "сильний", "тяжкий", "впорядкований". З діаграми видно, що оцінка поняття "самостійність" майже збігається з оцінками дорослості за шкалами: "приємний", "зітлий", "впорядкований", "сталий", "великий", "сильний", "м'який"; поняттям "дитячість" — збігається по шкалі "тяжкий". По тих шкалах, де якими оцінки дитячості і дорослості помітно відрізняються, у більшості випадків поняття самостійності оцінюється так, як і поняття дорослості. Це свідчить про певну близькість цих понять в уявленні школярів. Виняток складає становить шкала "тяжкий". Тобто можна допустити, що школярі не вважають самостійність важкою на відміну від дорослості.

Діаграма А



Узагальнюючи дані проведеного експериментального дослідження, можна зазначити, що молодший за віком підліток в цілому позитивно ставиться до проявів дитячості, ще не усвідомлюючи повноти проявів дорослішання. Старший підліток прагне до дорослості, але "зустрічає" її з деякими сумнівами, пересторогами, переоцінюючи "дитячі" риси, вже знайомі і осмислені в дитинстві. Дорослість сприймається як дещо нове, в деяких випадках як щось штучне, нав'язане ззовні, в більшості ж випадків — як природний наступний етап особистісного розвитку.

Зважаючи на те, що "піком" свідомої орієнтації підлітків на бажану дорослість, за даними анкетування, можна вважати 9-й клас, то у 8-му класі і раніше має проводитись робота з формування позитивного ставлення підлітків до проявів дорослості у однолітків і старших, в 9-му — до проявів дитячості, відповідної учням молодшого віку, а також і до "дорослої дитинячості". У 10-11-х класах психотерапевтичні дії повинні сприяти подальшому адекватному дорослішанню хлопців і дівчат, перетворенню чи подоланню тих інфантильних рис, якостей і поведінкових проявів, які можуть стати не лише наслідком, а й причиною тяжких кризових станів.

Як бачимо, інфантилізм не може мати одні й ті ж характеристики в різних вікових групах. Якщо для семикласників межі між "дорослістю" і "дитячістю" розмиті, стосовно восьмикласників можна сказати, що вони теж досить не визначені в плані просування до статусу дорослості, а дев'ятикласники психологічно знаходяться десь посередині, то учні десятого класу вже більш впевнено і свідомо стоять на шляху дорослішання.

Таким чином, інфантилізм у підлітковому віці є перемінною величиною, перехідним явищем, "інфантилізмом у розвитку", який залежатиме від зовнішніх умов виховання і життя психічно здорової особистості.

Отже, інфантилізм може розглядатися як зберігання у психіці і поведінці особистості особливостей, що притаманні більш ранньому віку (зберігання "дитячості"). Це може виражатися в несамостійності рішень і дій, в захисних реакціях (фантазування, регрес поведінки) тощо. Соціальний інфантилізм вказує на неспроможність підлітка виступати суб'єктом соціальної поведінки як цілісної саморегульованої системи. Для соціально незрілої особистості характерні некритичність, нездатність змінювати засвоєні стереотипи і способи діяльності. Некритичність, навіюваність, несамостійність, безвідповідальність, соціальна невизначеність є невід'ємними складовими соціального інфантилізму.

Соціальний інфантилізм виступає як своєрідна реакція особистості на критичні життєві ситуації, пов'язані зі спілкуванням, самовизначенням, баченням себе часткою соціального оточення. Соціальна активність як основна ознака соціальної зрілості цінна тим, що вона ґрунтується на розумінні особистістю не тільки суспільних потреб, але й того, що вона сама може як творець, суб'єкт свого життя. Соціальні інфантили якщо і прагнуть "дорослості", але не розрізняють рис "дитячості" і "дорослості", не виявляють свідомого "зростання", поступового підйому від "Я — в минулому" і "Я — в теперішньому" до "Я — в майбутньому".

Будь-які форми інфантильної поведінки є реакцією на критичні життєві ситуації, що з одного боку вказує на деяку так би мовити "нежиттєздатність" особи, а з іншого боку, на її здатність "хоча б так" і "саме так" долати труднощі перехідного періоду. В цьому ми вбачаємо позитивний момент інфантильності, її захисну функцію. Вчитель не повинен вимагати "дорослої" поведінки та "зрілих" вчинків від підлітка, який ще на це не здатний, а, дбаючи про його психічне здоров'я, спрямовувати виховний вплив на те, щоб учень зміг сам за допомогою дорослого локалізувати свої здібності, скерувати свій життєвий досвід на досягнення особистої мети.

Почуття дорослості, що формується в підлітковому віці, поступово знайде свою реалізацію у системі нових взаємин. Становлення до-

рослості вимагає проектування і особливих міжвікових форм діяльності і просторів “зустрічі сусідніх віків”. Спільним простором, наприклад, для молодших школярів і підлітків є простір для спортивних ігор і змагань, а для підлітків і юнаків ще й бібліотека. Об’єднуючим усі віки видом занять може бути театр, театральна студія тощо.

Віковому просторові має бути протиставлений невіковий (чи позавіковий). Це система освітніх установ чи закладів, де ступені самостійності і відповідальності спеціально не нормуються і не відмічаються (клуби, гуртки, майстерні, студії і та.ін., в яких може брати участь учень будь-якого віку. Особливе значення мають форми спільної діяльності дітей і дорослих, в якій кожний вкладає свій внесок, відповідний його можливостям. Позавіковий полюс може виступати як своєрідний “амортизатор вікової кризи” (або переходу від одного вікового етапу до іншого).

Важливою особливістю міжвікового спілкування є міжособистісне пізнання. Фактором пізнання особистості партнера зі спілкування є позиція старшого чи молодшого. Позиція старшого справляє безумовний виховний вплив на особистість, формує почуття відповідальності не лише за свою поведінку, а й за вчинки молодшого учасника спілкування. Процес міжвікового спілкування збагачує його учасників досвідом різнопланової соціальної взаємодії, сприяє більш глибокому пізнанню особистості іншої людини.

Отже за рахунок форм діяльності, загальних для різних віків і характерних для невікового простору полегшуватиметься перехід від одного вікового шабля до іншого, знижуватиметься можливість виникнення відхилень у психіці і поведінці підлітків у критичний період їх розвитку.

Необхідно сприяти усвідомленню підлітками своїх індивідуальних рис, особливостей розвитку, можливостей самовдосконалення. В організацію ситуації дорослішання має входити пояснення учням природної доцільності і поступовості переходу до етапу зрілості, значення власного дитинства в особистісному становленні, конструктивних переживань дисгармоній і криз особистісного і соціального визрівання.

5. ОСОБИСТІСТЬ ТА ПОВЕДІНКОВІ ВІДХИЛЕННЯ

Під девіантною поведінкою (від фр. *dewiation*) ми розуміємо дії особистості, які не відповідають нормам, що прийняті у суспільстві, зокрема, моральним, правовим, дисциплінарним, побутовим та іншим. У відповідності з цим виділяють поведінку, що відхиляється від моральних (аморальну), правових (протиправну), медичних (поведінка

хворої людини) та інших норм. Надання психологічної допомоги дітям, що перебувають у ситуації життєвої кризи, це майже завжди вирішення питання про її причини. Причинно-наслідкові зв'язки можуть бути багатомірними та неоднозначними. Так, за порушенням учнем дисципліни на уроці можуть стояти: неуважність, підвищена психомоторна збудливість, відсутність інтересу до предмету, вороже ставлення до вчителя та ін.

Для того, щоб бодай у загальних рисах уявляти ті можливі варіанти відхилень та їх причини, спробуємо об'єднати їх в окремі групи.

Біля 25 відсотків відхилення у поведінці неповнолітніх обумовлені так званими межовими (тобто такими, що лежать на межі між нормою та патологією) нервово-психічними розладами, до яких можна віднести, невротичні та неврозоподібні реакції, аномалії характеру, зокрема, акцентуації та ін. До їх діагностики, профілактики та корекції доцільно залучити психологів та дитячих психоневрологів.

До числа безпосередньо пов'язаних зі школою кризових ситуацій, що сприяють виникненню в учнів примежових нервово-психічних розладів слід віднести:

- 1) неспроможність справлятися з навчальним навантаженням;
- 2) вороже ставлення педагога;
- 3) зміна шкільного колективу;
- 4) неприйняття дитячим колективом.

Вказані ситуації породжують шкільну дезадаптацію, так званий "шкільний стрес", дидактогенії і в кінцевому підсумку школофобію.

До перелічених чинників слід додати і розумове перевантаження. Так, частота неврозів від молодших до старших класів збільшується у хлопчиків у 2 рази, дівчаток у 3,3 рази. Головне місце серед невротичних розладів, що виникають, займають астеничні стани.

Доведено (1,7,8), що інформаційне перевантаження мозку призводить до неврастенії, що проявляється у дратівливості, погіршенні самопочуття і ін. Одним із напрямків профілактики такого явища може бути більша індивідуалізація навчання. Адже важко собі уявити ситуацію, щоб 40 учнів у класі знаходились на одному і тому ж етапі психічного розвитку, іншими словами, щоб один і той же обсяг матеріалу був адекватно зорієнтований на найближчу зону їх розвитку.

Дослідження (5,10,11) показують, що значного ефекту в плані індивідуального підходу до учнів можна досягти при зменшенні числа учнів бодай до 25 осіб.

Нерідко кризові стани та невротичні розлади у дітей спричинює ярлик невстигаючого. Гостро ранить психіку школярів також відсутність поваги до них зі сторони педагогів. Намагаючись "відігратись", учні, в свою чергу, починають поводитися грубо, з викликом — роблять все всупереч вимогам такого педагога.

Окрему категорію дітей — що перебувають у кризовій ситуації, складають учні з порушеннями у пізнавальній сфері. Сюди в першу чергу можна було б віднести розумово відсталих дітей. Але такі діти повинні навчатись у допоміжних школах. У звичайній школі така дитина може зустрітись як виняток, результат недогляду батьків та педагогів. У таких випадках педагог після консультації з дефектологом повинен направляти дитину на медико-педагогічну комісію для визначення специфіки її дефекту та подальшої долі. В звичайній школі мова може йти про невстигаючих дітей, а також про дітей з низьким рівнем інтелектуального розвитку. Робота з першою групою дітей повинна розпочинатись з визначення причин їх невстигання та розробки програми його подолання. При цьому можна використовувати досвід класів диференційованого навчання. Проведені нами дослідження (Бастун Н.А., Маценко В.Ф.) показують, що значна частина дітей зі зниженим інтелектуальним розвитком характеризується низьким рівнем пізнавальних потреб, а також певним відставанням у формуванні емоційно-вольової сфери. Тобто, вони погано вчаться тому, що не хочуть учитись, а не хочуть учитись тому, що їм нецікаво. Причиною подібного явища може бути асинхронія психофізичного розвитку, при якій прискорений фізичний розвиток поєднується з відставанням у формуванні сфери мотивів та потреб, незрілістю регулятивної сфери, порушенням працездатності, а також прискоренням статевого розвитку. Неблагополучне родинне оточення сприяє виникненню почуття ущемленості, негативного ставлення до людей взагалі, схильності до агресії та жорстокості. Ці риси формуються як захисні реакції на відповідне ставлення до дитини.

Іноді асинхронію психофізичного розвитку підсилює синдром мінімальної мозкової дисфункції. При поєднанні цього синдрому з мікросоціальною запущеністю не отримує належного розвитку пізнавальна сфера.

Виникає невідповідність між високим рівнем розвитку споглядально-дійового, тобто практичного інтелекту та недостатньо розвиненим абстрактно-понятійним мисленням, що породжує шкільну дезадаптацію через нехоть до навчання. У таких випадках починати педагогічну корекцію з намагань ліквідувати низьку успішність учня нереалістично, бо втрачено надто багато часу для формування навичок самостійної навчальної праці і пропущено сензитивні періоди для розвитку відповідних мислительних дій та операцій. Тому, коли такого учня примушують учитись, то це породжує у нього протестні реакції, нараження на конфлікт зі школою і прискорює входження до девіантних угруповань. Дуже часто прослідковується зв'язок між різними видами порушення поведінки за неповноцінністю центральної нервової системи

підлітків (частіш за все це родові травми, асфіксії, результат ускладнень тяжких хвороб).

Наслідком цих відхилень є порушення розумової активності, емоційна незрілість, відхилення у темпі статевого дозрівання. На відхилення поведінки впливають: акцентуації характеру та психопатії, а також соціальні фактори: несприятливе мікросоціальне оточення, неадекватні умови навчання тощо. Дані порушення можуть бути патологічного та непатологічного рівня. Основним диференціально-діагностичним критерієм між ними є логічність, психологічна зрозумілість, пояснюваність вчинків, якій би екзотичний характер вони не мали, — при непатологічному рівні поведінкових відхилень, і навпаки. — алогічність, незрозумілість їх ані з позицій внутрішнього світу самого підлітка, ані його оточення — свідчать швидше про патологічний рівень цих відхилень. Звичайно, є і перехідні психологічні стани — проміжні між характерологічними та патохарактерологічними підлітковими реакціями, тощо.

Необхідно підкреслити, що основні прояви відхилень поведінки у неповнолітніх пов'язані саме з формуванням афективної сфери. Більша розповсюдженість важковиховуваності щодо хлопців пояснюється тим, що сфера афектів та інстинктів у них функціонує більш продуктивно і через це хлопці менш конформні, важче підкоряються загальноприйнятим вимогам, тому у несприятливому середовищі у них швидше виникає та важче коригується негативне ставлення до школи.

Формування відхилень у поведінці тісно пов'язане з педагогічною запущеністю, у походженні якої велике значення має дефіцитарність установок особистості, насамперед, примітивність потреб і мотивів. Кожному варіанту порушення поведінки відповідає свій тип асинхронії розвитку. Наприклад, порушення за типом психічної нестійкості пов'язане з незрілістю емоційно-вольової та інтелектуальної сфер та затримкою статевого розвитку. Асинхронія психічного розвитку в органічному типом характеризується розривом між ретардацією психофізичного розвитку, з одного боку, та потягом до зовнішньої імітації дорослих форм поведінки відповідно до паспортного віку, з іншого. Ця асинхронія посилюється ще й таким соціальним фактором, як надмірні вимоги дорослих, що також зорієнтовані на паспортний, а не на реальний вік дитини. Багаторічна бездоглядність, типова для цієї групи підлітків, також посилює дану асинхронію.

Порушення поведінки за типом розгальманованості потягів та пов'язані з прискореним типом фізичного та статевого дозрівання, установкою на спосіб життя, що забезпечує реалізацію потреб, пов'язаних з домінуючими потягами. Асинхронія розвитку проявляється у дисоціації між раннім пробудженням потягів та вираженою незрілістю емоційно-вольової сфери, а також особистості в цілому. Да-

ний варіант є найбільш несприятливим в плані шкільної адаптації, оскільки він, як правило, пов'язаний з несприятливим сімейним середовищем.

Відхилення у поведінці підлітків, пов'язане не з одним, а з кількома перерахованими біологічними та соціальними факторами, їх комплексами, специфічними для перерахованих вище типів. Так, бурхливе статеве дозрівання вимагає більшої моторної активності, сприяє підвищенню афективної збудливості, а відтак і конфліктності поведінки, перебудові ієрархії інтересів та потреб, породжує прагнення до більш дорослого способу життя, провокує шкільну дезадаптацію. В той же час, підліток з органічною неповноцінністю центральної нервової системи або запущений підліток відрізняється тим чи іншим ступенем психічної незрілості. При наявності установок на більш едорослий спосіб життя він часто не має реальних планів та уявлень про нього. Недостатній розвиток інтелектуальних інтересів ще більше посилює негативне ставлення до школи, котра асоціюється з неприйнятним, дитячим способом життя.

У дошкільному віці ознаками несприятливого розвитку є виражена психомоторна розгальмованість, збудливість, упертість, реакції відмови. У молодшому шкільному віці — поєднання низької пізнавальної активності та незрілості емоційно-вольової сфери, що не відповідає зростаючим вимогам до соціального статусу школяра. Виражена психомоторна розгальмованість у поєднанні з ейфоричним настроєм, підвищений сенсорний голод з потягом до гострих відчуттів та бездумних вражень поєднуються з негативними потягами, такими, як інтерес до жорстокості, агресії. Наявність невмотивованих коливань настрою, конфліктності, запальності у відповідь на незначні вимоги та заборони супроводжується спалахами вираженої афектації, негативним ставленням до шкільних занять та епізодичними прогулами, як прояв захисної реакції відмови, характерної для незрілих особистостей. Гіперкомпенсаторні реакції, пов'язані з прагненням повернути до себе увагу негативними формами поведінки: грубістю, невиконанням вимог педагога, злобними бешкетами. Під кінець молодшого шкільного віку у них виявляються стійкі прогалини у знаннях як наслідок слабких інтелектуальних передумов та слабого інтересу до пізнання, суспільно-корисної праці, а відтак — зростаючий потяг до асоціальних компаній та форм поведінки, таких як паління, дрібні крадіжки, виманювання грошей, перші спроби вживання алкоголю під впливом старших. Дефекти родинного виховання проявляються у вигляді бездоглядності, грубої авторитарності, асоціальної поведінки членів сім'ї.

На початку підліткового віку серед діагностичних критеріїв несприятливого розвитку виділяються: асинхронія соматопсихічного розвитку, варіанти якої тісно пов'язані з типом розладів поведінки: неуз-

неузгодженість між прискореним фізичним та статевим і сповільненим психічним розвитком (частіше у дівчат), розходження між істинним, паспортним віком та сповільненим психофізичним розвитком (частіше у хлопців); неузгодженість між прискореним фізичним та затриманим статевим і психічним розвитком.

Найнесприятливішим є варіант дисгармонійної акселерації, яку Е.С. Лебединська називає інтенсифікацією статевого розвитку. Він характеризується не зниженням віку початку статевого розвитку, а різким прискоренням його темпу. Цей варіант асинхронії частіше зустрічається у дівчат. Для хлопців більш характерна затримка соматосексуального розвитку. Хоча і те і інше є ґрунтом для виникнення відхилень у розвитку.

Важливими симптомами кризового стану на початку підліткового віку є наявність рис психічної незрілості, таких як залежність від чужої думки, ситуації, нездатність активно впливати на неї, схильність до уникання складних ситуацій, слабкість реакції на критику, невираженість власних вольових установок, низька саморегуляція як наслідок несформованих передумов переходу до підліткового віку. Некомунікованість поведінки зумовлена поєднанням інфантильності з афективною збудливістю. Факторами ризику виникнення вираженої декомунікації поведінки у перехідному віці є переваження рис незрілості над тенденцією вікового розвитку (нестійкості, афективності, збудливості, незвольованості потягів, акселерація або ретардація соматопсихічного розвитку).

Чисельні порівняння (тестові дослідження), не виявили індивідуально психологічних відмінностей між злочинцями та правопорушниками особами. Так, наприклад, і молоді злочинці, і студенти виявлялися однаково агресивними, хоча прояви агресії у них були різними. Злочинці мали схильність до фізичної агресії, були більш підозрілими, а студенти мали схильність до словесної агресії і були більш довірливі. Агресивні дії є результатом не стільки агресивного потенціалу, скільки відсутністю невміння по іншому вирішити існуючі проблеми.

Білоруський дослідник Л.А. Каневський (1982) бачить в особливостях підліткового віку певну амбівалентність, яка може сприяти виникненню кримінального типу особистості: 1) фізична та соціальна деградація підлітка; 2) нонконформізм до дорослих та конформізм до ровесників; 3) прагнення до дорослості; 4) підвищена емоційна збудливість; 5) екстремізм поведінки; 6) впертість; 7) брехливість, нечесність; 8) помилкові ідеали; 9) відданість груповим цінностям.

Російська дослідниця О.К. Котова (1983) за допомогою 16-факторного особистісного опитувальника Р.Кеттела встановила, що російських та північно-американських злочинців характеризує: 1) висока нестійкість; 2) низька чутливість до загроз; 3) збудливість та

підвищена фрустрованість (стурбованість переконаннями); 4) значна схильність до алкоголізму.

У насильників на відміну від корисних злочинців виявились: 1) значна емоційна неврівноваженість; 2) підвищена схильність до почуття вини; 3) надмірна поступливість та податливість.

Корисливо-насильницькі злочинці відрізнялись підвищеною агресивністю та ворожістю.

І.П.Башхатов (1987) обстежив неповнолітніх правопорушників, які відбували покарання в колоніях: за крадіжки, хуліганство, пограбування та інші тяжкі тілесні ушкодження, вбивства. Їх характеризує відчуження від сім'ї; приналежність до соціальних угруповань; правова неграмотність та нігілізм; моральні відхилення; суперечливий світогляд; неадекватність самооцінки (завищена або занижена); нестійкі ідеали; відчуття або невизначеність життєвої перспективи; перевага матеріальних потреб над духовними; аполітизм; тунеядство; незацікавленість в навчанні; підозрілість в спілкуванні (жаргон, татуїровки); відсутність потреби в праці; потяг до алкоголю; найчастіші мотиви правопорушень: жадоба пригод, чогось особливого, прагнення до демонстрації сміливості, до авторитету серед друзів, помста та озлобленість, жадність та бажання одержати речі, наслідування іншим. Спостерігається також підвищений інтерес до грошей, спиртного, статевого життя, імпульсивність емоційної сфери. Найхарактерніші риси: неврівноваженість, безпринципність, зневажливе ставлення до людей, індивідуалізм, егоїзм, грубість, нечесність та ін.

Всі ці фактори супроводжують стан життєвої кризи. Правопорушення інколи стають невдалим способом розв'язання складних життєвих ситуацій.

Критеріями, що дозволяють відрізнити правослухняних від правопорушників, є передусім деформації та відхилення у мотиваційній сфері останніх. Мотиваційна сфера правопорушників (Кондрашенко В.Т., 1988) зсунута від суспільного до особистісного, від соціального до індивідуального, від об'єктивного до суб'єктивного, від культурного до природного (вітального), від духовного до матеріального, від зовнішнього до внутрішнього; від необхідного до бажаного, від стійкого до інтуїтивного, від перспективного до одномоментного, від раціонального до емоційного.

Для "кримінальної особистості", за М.В. Костицьким, характерним є: 1) формування в умовах інтенсивного протиправного та аморального впливу, спостереження протиправних дій, що скоюються членами сім'ї, групою ровесників, в навчальних чи трудових колективах;

2) наявність системи аморальних вчинків, та правопорушень, які повторюються навіть після прийняття засобів впливу;

3) певне відчуження такої особи від соціального середовища і його ціннісно-нормативної системи, що проявляються в фактичному або психологічному відключенні від джерел інтенсивного позитивного впливу, в замиканні у колі осіб з подібними поглядами та поведінкою або серед тих, хто приймає її такою, якою вона є; деформація соціальних позицій і ролей;

4) викривлення соціалізації, що формує в ній якості, які відповідають деформованому в моральному і правовому сенсі середовищу, стимулює діяльність, що визначається, ціниться та винагороджується в цьому середовищі;

5) зняття почуття небезпеки, страху, ганьби від можливої або реальної кримінальної, адміністративної та моральної відповідальності;

6) активність особистості в ситуації скоєння злочину в залежності від типу особистості і провокування або створення конфліктної ситуації. М.В.Костицький виділяє антисоціальний, асоціальний та ситуативний типи особистості злочинця.

Все сказане вище дозволяє зробити висновок, що асоціальна поведінка неповнолітніх є результатом складної взаємодії соціальних та особистісних факторів, до яких в першу чергу відносяться: дисгармонійність біологічного та соціального розвитку, нездатність соціально-прийнятними способами компенсувати свою непристосованість до соціального оточення, недостатній розвиток загальних здібностей, суперечності у формуванні статевої свідомості та статево-рольової поведінки, низький рівень моральної та правової свідомості та ін. Вказані фактори можуть призводити до виникнення таких відхилень у розвитку особистості та поведінці, як інфантилізм, аморальні вчинки, брехливість, агресивність, відхилення від норм статевої поведінки, суїцидальна поведінка та ін.

Отже, запобігання асоціальної поведінки (у перелічених вище її формах) та гармонізація розвитку особистості неповнолітніх повинні ґрунтуватись на: 1) знанні причин їх виникнення та закономірностей перебігу; 2) своєчасній психологічній діагностиці; 3) сучасних технологіях корекції вказаних відхилень та гармонізації їх особистісного розвитку; активізації суб'єктно-особистісного потенціалу неповнолітнього.

6. КРИЗА ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Поняття норми як вихідного поняття

Психосексуальний розвиток людини характеризується певними психофізіологічними та психологічними механізмами формування ста-

тевої самосвідомості, статево-рольової поведінки, що детермінують засоби реалізації статевого потягу.

Протягом значного часу норма і антинорма (патологія) сприймалися як полярні поняття, що використовувалися для визначення або позитивного змісту статевої поведінки, або невідворотних психофізіологічних патологічних змін. Розвиток широкого кола наук про людину і суспільство виявив такий підхід малопродуктивним тому, що він не враховує весь складний спектр не тільки

проявів статевої, але й внутрішніх (особистісних) та зовнішніх (соціальних) її чинників.

Будь-які форми поведінки взагалі і статевої зокрема — це об'єктивний процес перетворення внутрішнього стану людини у відповідну діяльність, спрямовану на особисто значущі для неї об'єкти.

Феномен статевої поведінки — поняття історико-соціальне, яке охоплює складний комплекс статевої поведінки

У процесі онтогенетичного розвитку через статево поведінку людина реалізує досягнення свого виду, накопичені протягом певної історичної епохи (Леонтьев А.Н., 1981). Статеві особливості людини характеризуються стабільністю (сукупність генетично детермінованих ознак), відзначаються й рухомістю, мінливістю у всіх своїх проявах (потяг, реакції, активність, рольова поведінка та ін.) і, відповідно, внутрішніми суперечностями. Як природжена функція, людська сексуальність дуже варіативна, бо залежить від умов життя, що постійно змінюються, від накопиченого досвіду, особистісних властивостей, які, в свою чергу, пов'язані з віком суб'єкта. Все це у сукупності впливає на вибір моделі формування контактів не тільки сексуального, а й суспільного спрямування. Тому неминує виникати питання прийнятності чи неприйнятності певних форм статевої поведінки. Саме з розгляду цього проблемного питання й починається вивчення кризи психосексуального розвитку та її наслідків.

Універсального (загальнонаукового) визначення поняття норми й досі не існує. Найбільш поширеним є уявлення про норму як певну середньостатистичну величину, методологічну основу якої створює, наприклад, за думкою Дж.Кагілема, її загальнозначущість. "нормою...залишається збіг думок" (Медицина...1992, с.21).

Але уявлення про норму як середню величину має сенс лише в конкретних, практичних дослідженнях. Крім того, усереднення норми завжди лише приблизно відбиває сутність явища. В реальних живих системах існує достатньо широкий діапазон припустимих відхилень від норми завдяки чому система й спроможна функціонувати. Будь-яка норма соціально апробована й розглядається з позицій інтересів суспільства і ним самим формується. Біологічна адаптація як норма проявляється в тих межах, в яких вона забезпечує оптимальну

вляльність людини як члена суспільства, виступаючи необхідною передумовою для розвитку надбіологічних властивостей. Ось чому “не все те, що нормально біологічно, є водночас нормальним і соціально” (Корольков А.А., Петленко В.В., 1977, с.309).

Врахування цих суперечностей набуває принципового значення для визначення поняття статевої норми.

Взаємозв'язок норми статевої поведінки і припустимих та неприпустимих відхилень від неї — проблема міждисциплінарна, що випливає не лише з особливостей сутності норми як адаптації до умов середовища, а й із специфіки підходів до неї сексологічної науки, в якій тісно переплетені клінічний, психологічний та соціальний компоненти.

Так, наприклад, на індивідуальному рівні нормальними вважаються такі форми статевої поведінки дорослої людини, які по незалежних від неї причинах не виключають та значною мірою не заважають генітально-генітальному зв'язку, який міг би привести до запліднення й не характеризуються стійкою тенденцією до уникнення статевих зв'язків. На партнерському рівні нормальними вважаються всі форми сексуальної активності, які мають місце між двома зрілими особами однакової статі та приймаються кожною з них; спрямованість на досягнення задоволення, що не шкодить здоров'ю та не порушує норм співжиття (Довідник..., 1994, с.125-126).

Що ж стосується інших аспектів, то у філософському сенсі зміст статевої норми повинен відповідати об'єктивним реаліям життя; в сексологічному — норма враховує, відображає етичні та естетичні вимоги; у психологічному — психічне та психологічне здоров'я, у правовому — розмежування незлочинного та злочинного у статевої поведінці.

Взаємозв'язок норми та патології статевої поведінки визначається складною структурою; шлях від норми до патології проходить через багаторівневу систему статевих відхилень, які істотно відрізняються за своїм змістом і суспільною спрямованістю (від аморальності до статевої злочинності).

Різноманітність теоретичних підходів до поняття статевої норми закономірно призводить до термінологічної плутанини: нерідко тлумачення девіантності непомірно розширюється або, навпаки, значно звужується. Зокрема, під девіантною поведінкою розуміється незбіг розвитку особистості із завданнями виховання (Коклюхин В.В., 1984). Девіантна поведінка розглядається і як пряме порушення норми кримінального кодексу або порушення норм моралі з тенденцією переростання таких порушень у суто злочинну поведінку.

На думку деяких авторів, відхилення у сексуальній поведінці можна підрозділяти на відхилення у поведінці здорової людини (дисморфії) та хворої, зокрема на нервово-психічні захворювання (моресо-

патії) (Кондрашенко В.Т.,1998). Такий підхід популярний серед широкого кола дослідників (Г.Ю.Сухарева Г.Ю., Ковальов В.В., Личко А.Е. та ін.)

На нашу думку, зазначені теоретичні підходи до норми недостатньо враховують саме соціальну сутність статевої поведінки. Більш вдалою, є позиція В.М.Кудрявцева, який вважає, що соціальна сутність будь-яких відхилень — це не просто соціальний “тавро”, а об’єктивне явище: “Соціальні відхилення у сфері індивідуальної поведінки собою вчинки конкретних людей, заборонені нормами права, моралі, (Кудрявцев В.Н,1984, с.8). Аморальність поведінки розглядається як фонове явище злочинності, а по суті те ж саме відхилення (Гилинский Я.И.,1971, с.116).

Однак і таке визначення норми певною мірою втрачає феномен допатологічного або передпатологічного стану, коли завуальовується клінічна симптоматика, яку не можна не враховувати при дослідженні причинності статевої девіації.

Ось чому девіантну статевою поведінку слід розглядати в органічній єдності соціальних і біологічних закономірностей, бо статеві інстинкти при всій їх природній інтимності спрямовані на соціальну сферу діяльності. Шлях від нормальної статевої до передпатологічних і патологічних її форм проходить через багаторівневу систему порушень психосексуального розвитку, підштовхуючи людину до більш-менш спотворених або цілком неприродних шляхів задоволення статевого інстинкту із збереженням або порушенням сексуальних функцій.

Статевий інстинкт становить один із могутніх механізмів поведінки людини навіть тоді, коли супроводжується відхиленнями, що іноді ведуть до кримінальних його проявів. Будь-яка статева поведінка завжди буде або нормативною або ненормативною (моральною, допустимою чи недопустимою). Прояви статевої є нормативними, якщо вони відповідають вимогам статевої норми незалежно від їх причин, мотивації, націленості. Статеві норми співпадають з індивідуально допустимими особистими нормами (Бобнева М.І.,1975).

Нормативна сутність реалізації статевого інстинкту в оптимальному варіанті сформульована експертами ООН. Зокрема, це:

— здатність до насолоди статевим життям, здатність мати дітей й контролювати свою поведінку у відповідності з загальноприйнятною та особистою етикою;

— свобода від страху;

— свобода від почуття провини й пересудів, та інших психологічних факторів, що подавляють сексуальні реакції чи заважають сексуальним відносинам;

— відсутність органічних розладів, захворювань та недоліків, що обмежують функції статі та репродуктивну (дітородну) функцію.

Відомо, що в історії розвитку цивілізації форми, обсяг і межі статевої норми трактувалися по-різному. Так, у стародавні часи іноді нормою вважалася чуттєва розбещеність. Наприклад, спадкоємець римського імператорського престолу Елій Вер (II ст.) вважав: “Ясно, що я задовольняю свою пристрасть з іншими; однак поняття “дружина” означає повагу, а не насолоду” (*Бессмертний Ю.Л.*, 1991, с.30). Це стосується й Стародавньої Греції, де статеві девіації (в сучасному розумінні) отримували філософське обґрунтування (Платон та ін.). У Середньовіччі проблема статевої зводилася до морально-релігійних аспектів гріховності, численних заборон тощо.

Неприйняття сексу як форми статевого задоволення, релігійно-нігілістичні підходи до проявів статевої були поширені й в XIX столітті, але вже наприкінці його почали все більш повно і переконливо накреслюватися контури сучасної сексології як самостійної наукової галузі. Почали формуватися кілька основних напрямків її розвитку:

а) біологічний детермінізм поступався місцем більш широкому зогляду завдяки звертанням “за допомогою” до інших наук про людину;

б) ускладнення і збагачення розуміння не лише статевої норми з її широким спектром варіацій, а й наукове осмислення статевої відхиленя;

в) поступове наближення до взаємодії сексології з психологією і педагогікою, а при підвищенні суспільної небезпеки статевої відхиленя — і з кримінологією.

Досі не існує загальноприйнятої класифікації статевої відхиленя; іноді до них необґрунтовано відносять так звану “вільну” любов, позашлюбні відносини, подружню зраду і навіть сексуальні відхиленя. Створення наукової класифікації статевої відхиленя має базуватися на чіткому визначенні поняття статевої норми і статевої девіації.

Статева норма — це оптимум індивідуальних статевої проявів людини, який дає змогу адекватно реалізувати свою стать, суспільно прийнятну гармонію інтимних відносин, спрямовану на сексуальне задоволення та свідоме продовження роду. Поняття статевої норми відповідає індивідуально-біологічним, індивідуально-соціальним, морально-етичним, культурним, релігійним, історичним факторам, тому є комплексним (синтетичним) за своєю суттю. Статева норма завжди виступає як апробована міра статевої цінностей. Але вона не є однозначним моральним постулатом, бо являє собою міру умовну, відповідає певному історичному періоду життя суспільства. У цьому відношенні науково вивірене поняття норми та відхиленя від неї як умова

розв'язання кризи у психосексуальному розвитку набуває дедалі більшої актуальності.

Особливості кризи психосексуального розвитку

Головне питання, що постає при дослідженні психосексуальності людини, — це генезис статевої та аналіз кризових явищ, пов'язаних з нею. Статевий інстинкт є фундаментом формування статевих мотивацій, взагалі статевої поведінки, яка роздвоюється на здобуття сексуальної насолоди і забезпечення продовження роду.

Статевий інстинкт поєднує біологічне і соціальне, а морально-правова основа такого поєднання є нормою статевої; значні відхилення від неї свідчать про певну кризу психосексуальності (Леонтьев А.М., 1981). Статевими проявами “керує” принцип реальності, в основу якого закладені як поклики статевої, так і почуття соціальної відповідальності. Конфлікт поміж цими суб'єктивними і об'єктивними детермінантами статевих відносин і є причиною психосексуальної кризи.

“...Людина — це завжди невирішене протиріччя... Дійсність — це конфлікт” (Сартр Ж.-П., 1994, с.21). Криза психосексуального розвитку стає наслідком конфлікту не лише між суб'єктивним і об'єктивним факторами статевої, а й між свідомим і несвідомим, що загалом характеризує людську поведінку. Зокрема, “сексуальності ми надали несвободу; ми підвели її до певної межі: до межі нашої свідомості, оскільки це вона кінцево диктує нашій свідомості єдине можливе сприймання нашої підсвідомості; до межі закону, оскільки це він є єдиною універсальною сферою заборони...” (Фуко М., 1994, с.113).

Психосексуальні кризи виникають завдяки тому, що людська істота не народжена назавжди завершеною (Батай Ж., 1994. Альбер Камю підкреслював, що в індивіді представлено все людство; він — індивід зі своїми особливостями і в той же час він є носієм усіх характерних статевих якостей людського роду (Камю А., 1990). У зв'язку із магією статевого інстинкту і багатьох обов'язків, які його супроводжують, “людина, вважає Е.Фромм, найбеззахисніша із усіх тварин, але саме ця біологічна слабкість є основою її сили, першопричиною розвитку специфічних людських якостей” (Фромм Е., 1992, с.44). Ось чому шлях подолання психосексуальних криз — шлях не тільки невідворотний, але й прогресивний, бо мова йде про прогрес людських міжстатевих відносин, а тому і взагалі людського буття.

Психологічний механізм принципу реальності стає зрозумілим з урахуванням кількісних і якісних обмежень проявів сексуальності, що впливають із умов життя, суспільно закріплених моральних правил статевих взаємин, співвідношення статевої свободи і обов'язків.

“Саме сексуальні інстинкти беруть на себе основну вагу принципу реальності” (Маркузе Г., 1995, с.33). Загалом свобода статева і свобода суспільна йдуть пліч-о-пліч, але під моральним і правовим контролем суспільної норми взаємин між людьми.

Сутність статевої норми полягає у тому, що вона охоплює не оптимум, а саме мінімум загальноприйнятних і індивідуально заохочуваних статевих проявів. У критичні періоди розвитку суспільства статева норма практично завжди зазнає відповідних якісних змін і те, що було складовим компонентом норми в одних умовах, може стати суспільно визнаним відхиленням в інших; в період суспільних криз елементи статевої норми і відхилення від неї спроможні перетворюватися в свою протилежність. Суспільна криза супроводжується кризою психосексуального розвитку, що стимулює формування нових уявлень про статева норму і статеві відхилення.

Кризові періоди, на нашу думку, треба розглядати у двох основних напрямках: по-перше, як закономірне і необхідне явище, що характеризується системними якісними перетвореннями у психосексуальній сфері; по-друге, як прояв суперечливих тенденцій у формуванні статевої поведінки згідно із взаємозв'язку “норма — відхилення — патологія”. У зв'язку з цим з точки зору суспільної стратегії розв'язання кризових ситуацій може відбуватися у декількох напрямках:

а) шляхом більш твердого закріплення існуючої статевої норми як відображення певних, перевірених часом умов і правил життєдіяльності;

б) поступовим формуванням суміжних статевих відхилень, які вже виходять за межі існуючої норми, але ще не руйнують її якісно, являючи собою своєрідні тимчасові “компроміси”;

в) утворенням якісно нової статевої норми, коли попередня сприймається як антинорма.

Зрозуміло, що головним рушієм цих якісних змін є не статевий інстинкт (він практично незмінний), а саме форми його реалізації, обумовлені історично певним фоном суспільного життя.

Кризова природа процесу формування статевої норми і статевих відхилень пов'язана не тільки і не стільки з суспільно вираженим негативом, як із суспільною конфліктністю, що веде до позитивних нормативних процесів. З таких позицій, і слід розглядати кризові явища — конфліктність, довічну боротьбу добра і зла, зокрема в статево-сексуальних відносинах людей. “Пристрасті, що підтримують життєдіяльність організму, слід вважати ірраціональними, бо вони сприяють... благополуччю живої системи. А ті пристрасті, які “душуть” все живе, слід вважати ірраціональними, бо вони заважають...здоровому функціонуванню організму” (Фромм Е., 1994, с.231).

Відомо, що життя кожної людини як суспільної істоти завжди детермінується складними взаєминами з іншими людьми. Умовою таких взаємин є певні цілі й мотиви, в тому числі і статево-сексуального характеру. Статеву мотивацію обумовлено як історично конкретним станом суспільства (умови життя, їх вплив на мораль, статеві підвалини, тощо), так і індивідуальною статевою моделлю поведінки кожної людини. Критичні моменти в житті суспільства, і в житті кожної окремої людини з необхідністю впливають на конкретні уявлення про статеву дозволеність або недозволеність. Саме у зв'язку з цим статеві норми і відхилення від неї — категорії динамічні як в напрямку прогресу так і у напрямку регресу, бо “немає вершин без провалів” (Шарден П.Т., 1987, с.226).

Кризові явища стосовно поняття статевої норми і відхилень від неї доцільно класифікувати на:

- 1) кризи статево-сексуального розвитку як відбиття суспільних перетворень;
- 2) критичні статево-вікові суперечності психосексуального розвитку;
- 3) порушення психосексуального розвитку внаслідок психотравм.

З цієї позиції явища кризовості у психосексуальному розвитку можна розглянути таким чином.

1. Відомо, що ерос — це таїнство. Людське буття споконвічно розломлене, розколоте. Кожний з нас втілений у конкретну стать (Философские..., 1992, с.9). Саме еротика кінець-кінцем визначає виразні відношення між чоловіком і жінкою. Не може бути взагалі будь-яких інтимних взаємин поміж двома нормальними особистостями різної статі, які б не мали еротичної основи та в яких би, відповідно, не були започатковані чуттєві моменти (Фукс Э., 1995, с.7).

Еротика — не суто біологічне явище. “Дійсно культурна людина виконує закон життя з повним розумінням: всі її життєві інтереси полягають в облагородженні як зовнішньої форми, так і наслідків виконання цього закону” (Там же, с.125).

На різних етапах розвитку цивілізації формувалися певні соціальні форми реалізації статевого інстинкту людей та їх ставлення до еротики. Сучасні реалії в цьому напрямку характеризуються певними суперечностями. Так, з одного боку, значно послаблюється суспільний контроль у галузі статевої відносин, статеві норми дедалі більше перетворюються на принцип організації статевої поведінки і все менше на норму — взірць; статеві моралі стає значно ліберальнішою. З іншого, — “сучасні парадокси кохання та сексу, відзначаються однією загальною рисою...баналізацією і сексу, і кохання” (Р.Мэй, 1997, с.62). Ерос не тільки підмінюється, а й протиставляється йому (Там же, с.67).

Сексуальні відношення значно спрощуються й механізуються, втрачаючи творчий потенціал. Це, в свою чергу, призводить до глибинних внутрішніх конфліктів, які, набуваючи кризової насиченості, стають вихідним початком тих чи інших розладів статевої поведінки. Криза статевої норми як суспільно зорієнтована породжує кризу індивідуальної статевої норми. Ознаки такої кризовості, як правило, з'являються та закріплюються у процесі вікового статевого дозрівання.

2. Статева норма складається з багатьох конкретних елементів, серед яких найголовнішими є стать, сам процес статевого дозрівання та його вікові особливості, характер індивідуальних статевих підвалин, статеве здоров'я, моральні устої та ін. Позитивні чи негативні зміни змісту цих елементів відбуваються під впливом оточуючого середовища. В цілому ж статева поведінку кожної людини, якщо вона явно виходить за соціально допустимі межі і суперечить основним правилам суспільного життя, слід розглядати як ознаку і форму певної кризи психосексуального розвитку.

Кризові явища мають соціально біологічний характер, що найбільш повно проявляється в еволюції вікових форм статевої поведінки. Психосексуальний розвиток людини починається вже з перших років, зроблених на життєвому шляху життя. Все, що оточує дитину, активно впливає на неї, формує певний спосіб комунікації з навколишнім світом у майбутньому. Спочатку це відчувається виключно на невербальному рівні. Це безпосередній контакт дитини з батьками, зокрема на тактильному рівні, позитивний емоційний фон, що створює дійсна любов до дитини. Порушення ж взаємозв'язку з батьками може призвести до тих чи тих спотворень не тільки у психосексуальному розвитку. Так, сенсорний голод не здатен викликати лише затримку психічного розвитку, а спровокувати агресивну поведінку (в тому числі й сексуальну) в більш зрілому віці.

Мірою того, як дитина стає дорослішою, більшого значення набувають вербальні засоби спілкування; невербальні види також продовжують впливати на становлення статевої самосвідомості. Роль сім'ї є неперевершеною. Саме батьки поступово формують у дитини загальну модель статевої поведінки. Можна думати, що "дитина з точки зору її поведінки не так народжується, як стає хлопчиком чи дівчинкою" (ООН...1988, с.1).

Тому вірні й змістовні виховні установки батьків, адекватна оцінка ними своїх дітей, знання специфіки статевого виховання мають вирішальне значення для правильного статевого світогляду та поведінки дітей, включаючи відповідну статева ідентифікацію. Батьки розкривають дитині статево-рольові "секрети" поведінки, закладають основи статевої норми або патології. Якщо, наприклад, мати і батько у процесі статевого виховання дитини будуть орієнтувати її у прямо протилежних

напрямках, то відбудеться своєрідне відчуження у неї природних (жіночих або чоловічих) якостей, що пізніше може стати однією з причин, з одного боку, статевої дезадаптації і, з другого, розвитку гомосексуальних схильностей.

В період парапубертату (1-7 років) діти, подібно губці, активно вбирають у себе інформацію щодо статевості, з інтересом спостерігають оголене тіло, грають у статево-рольові забави, в яких навіть імітують статеві контакти. Слід зазначити, що в таких ситуаціях поведінка батьків повинна бути тактовною, не загрожувати дитині карою, не висміювати її за помилки. Бо інакше може виникнути хворобливе ставлення дитини до статевих проблем, з'явитися відхилення у статевій поведінці, зокрема стійка негативна фіксація на геніталіях.

Практика підтверджує, що у більшості сімей батьки явно недооцінюють допитливість дітей щодо статевих відносин. Між тим вже після півроку життя більшість дітей безпомилково вирішує питання про статеві відмінності дорослих людей. Дворічна дитина при нормальному розвитку добре знає свою статеву належність, що перш за все проявляється у типових відмінах добору іграшок. У 3-4 роки вона вже свідомо розрізняє стать свого оточення не лише за рахунок особливостей статевої поведінки, але й завдяки специфічним тілесним формам. З п'яти років у дітей закріплюється статевий характер, а в 6-7 років таке закріплення набуває однозначності. На завершальній стадії парапубертату у дітей дошкільного віку складається чітке уявлення про якісно нову ситуацію, коли при визначенні статі людей вони адекватно враховують весь основний комплекс статевих ознак. Це, зокрема, і зовнішній вигляд, і будова тіла, і голос, і особливості поведінки.

Однак слід звернути увагу на те, що статева допитливість у деформованому вигляді найчастіше спостерігається внаслідок порушення нормального розвитку дитини, а також завдяки суттєвим прогалинам в її статево-вихованні (травмуючі психологічні переживання, порушення емоційних зв'язків з батьками, негативно аморальний вплив навколишнього середовища).

Якщо на початку молодшого шкільного віку статева допитливість дитини по суті замикається на питанні "як з'являються діти" та яку роль у цьому відіграють батьки, то наприкінці цього періоду дитина більш орієнтована на взаємини з ровесниками. Настає особливо відповідальний період застосування вдумливих психологічних прийомів статевого виховання.

Молодший шкільний і початок підліткового віку збігаються з препубертатним періодом психосексуального розвитку (7-12 років), що відзначається становленням норм і принципів міжстатевого спілкування, формуванням стереотипів статево-рольової поведінки, продовженням розвитку статевої самосвідомості. Цей період характе-

ризується можливістю виникнення комплексу Едипа (Електри), м'яке подолання якого є важливою проблемою.

Важливою умовою попередження едипової залежності є поступове зменшення фізичних проявів ніжності з боку батьків та вихователів на фоні підкріплення почуття бажаності і любові до дитини й формування здатності самостійно вирішувати міжособистісні проблеми з метою переключення її уваги на власну вікову групу (Кемпер И., 1994; т.1, с.71).

Діти цього віку прагнуть до визначення своєї дорослості. Але у молодших класах діти дуже наполегливо прагнуть до таких форм самостійності, які дуже складно, а інколи й неможливо реалізувати.

Молодший та старший підлітковий вік, як і початок юності, припадають на пубертатний період, що визначається бурхливим статевим дозріванням та суттєвим формуванням платонічного, еротичного та сексуального лібідо. Але й на такому фоні останнім часом спостерігається тенденція до прискорення статевого дозрівання з фактичною зміною вікових меж пубертату (акселерація).

У психологічному плані процеси пубертатних фізіологічних змін активно впливають на становлення особистості, "Я"-концепції, що супроводжується підвищеною стурбованістю своїм зовнішнім виглядом, в тому числі й розвитком статевих органів (особливо у хлопчиків).

Важливим фактором формування образу тілесного "Я" є гостре бажання підлітків виглядати відповідно до загально прийнятих норм маскулінності або фемінінності. Групові норми статевої поведінки суттєво впливають на статеву ідентифікацію та подальше формування статевої ролі, коли ті чи інші статеві відхилення від нормативних зразків можуть поставити підлітка під загрозу неприйняття його найближчим соціальним оточенням.

Батькам та педагогам, психологам та медикам бажано пам'ятати, що прямолінійна корекція статевої поведінки у цьому віці швидко стає психотравмуючим фактором, причиною появи статевих комплексів, почуття особистої статевої ушкодженості і як наслідок — кризи у розвитку. Необхідно постійно сприяти здоровій статевої самостійності та позитивному самоототоженню дітей.

Особливістю пубертату як кризового періоду у розвитку сексуальності (починаючи з 16 років) є поступове формування суспільно прийнятих статевих орієнтацій, які обумовлюють у майбутньому варіанти статевого потягу, а також форми і засоби його реалізації. Процес психосексуального розвитку супроводжується формуванням платонічного лібідо з його дитячою закоханістю, бажанням постійного спілкування, романтизмом; еротичного лібідо, яке спочатку прояв-

ляється фрагментарно, поступово започатковуючи прояви сексуальності. Зрештою вони реалізуються у статевому акті.

При тривалій нереалізації лібідо з'являється більш-менш реальна небезпека формування статевих відхилень, наприклад підліткової мастурбації, що полягає у самозадоволенні через активне подразнення статевих органів. У підлітковому віці онанують 70-90% юнаків та 30-60% дівчат. Звичайно підліткова мастурбація має заміщувальний характер і зникає з початком регулярного статевого життя, але її тривалість та стійка звичка можуть бути проявом тих чи інших статевих девіацій. Для психолога в цьому плані важливо звернути увагу на природу мастурбації та, зокрема, її фантазійну складову.

Як саме юнаки оцінюють мастурбацію?

За даними нашого дослідження 26,8% дівчат та 40% хлопців вважають онанізм нормальним сексуальним явищем; 33,9% дівчат і 40% хлопців впевнені у шкідливості онанізму для здоров'я. Висловлюваючись також думки, що онанізм веде до втрати інтересу до статевого партнера, сприяє імпотенції (анкетне опитування стосувалося 137-и старшокласників середніх шкіл м.Києва).

Слід зазначити, що негативні переживання, які нерідко супроводжують онанізм, кризової сили, можуть викликати психологічні розлади та порушення статевої комунікації у майбутньому.

Таким чином, підлітковий на юнацький вік характеризується бурхливим розвитком, тяжінням до самоствердження та самовизначення і значною ймовірністю виникнення порушень у сексуальній сфері. Саме тому він і отримав назву кризового віку.

3. Значний вплив на становлення сексуальності мають також певні переживання, які виникають через патологічне виховання в сім'ї, складних життєвих обставин, невдач в міжстатевих стосунках, а іноді знаходять вияв у злочинній поведінки, жертвою якої стає особа.

Найбільш поширеним механізмом статевих девіацій є механізм імпрітинга, в результаті якого створюються стійкі сліди у психіці дитини, навіть після одноразового переживання сильного нервово-психічного напруження. В психоаналітичній літературі такі явища розглядаються через призму фіксації еротичних переживань ще у ранньому віці. В процесі аналізу психотерапевтичної практики Ф.Капріо (1995) та інші фахівці відмічають як найбільш критичні вікові межі від 5 до 10-12-ти років.

Саме в цей період з'являються перші еротичні (сексуальні) враження, здатні детермінувати всю сексуальну поведінку у майбутньому. Цей механізм цікаво розкриває Е.М. Краснушкін (1929) на прикладі піроманії (специфічна форма фетишизму, яка полягає у статевій спрямованості не на людські об'єкти а на такі сили природи, як вогонь): "Мені зустрівся хлопчик 14-ти років, який зробив у селі біля джужини

підпалів. Цей хлопчик навчався чоботарському ремеслу. Якось, коли він йшов по дорозі до чоботаря, миттєво відчув статеве збудження, ерекцію. Одночасно з цим у нього з'явилися перед очима червоні спалахи, що нагадували пожежу. Образ пожежі був пов'язаний з першими статевими хвилюваннями. Далі при кожній ерекції у нього з'являлася тяга викликати саме пожежу й тим самим отримати статеве задоволення. В такий момент він здійснив перший підпал”

Ще більш вражаючий приклад Е.Н. Краснушкін наводить щодо дівчини 13 років. Збіг бачення вогню та статевого збудження з відповідним почуттям насолоди призвів до того, що приблизно протягом двох тижнів вона спалила майже півсела, в якому проживала.

Завдяки імпрінтингу формується велика кількість різноманітних порушень статевої поведінки за різною формою та спрямованістю. Незабяку роль в цьому відіграють батьківські помилки. Наприклад, при раптовій появі та неадекватній реакції батьків в момент, коли дитина розглядає свої геніталії або онанує на фоні статевого збудження та раптового оргазму цей факт фіксується у свідомості, внаслідок чого для нового здобуття статевого задоволення потрібне повторення аналогічної ситуації. Так формується ексгібіціонізм, коли досягнення статевого збудження реалізується шляхом демонстрації статевих органів особам протилежної статі поза ситуацією статевих контактів, що найчастіше супроводжується мастурбацією. Необхідно при цьому відмітити, що прояви ексгібіціонізму можливі й внаслідок імпотенції, особливо у чоловіків похилого віку.

Механізм фіксації, особливо на фоні нервово-психічних порушень, може сприяти формуванню такої рідкісної перверсії як некрофілія (потяг до статевих контактів з мертвими). Ця статева девіація формується досить рано як під впливом травмуючих переживань, пов'язаних з реальним зіткненням зі смертю, так й в результаті підвищеної тривожності, страху, афекту, що виникають на фоні зниження рівня збудження внаслідок залякувань дорослих або навіть так званих дитячих “страшилок”, що сприяє можливій появі специфічних оргазмоподібних відчуттів. Вони здатні закріплюватися й розвиватися у формі патологічного фантазерства, нерідко супроводжуючись еякуляцією.

Порушення статевого розвитку пов'язані також із складними умовами, в яких проходить статева соціалізація. Психотравмуючі фактори, які набувають патологічного значення, перш за все обумовлюються негативним впливом мікросередовища особливо сімейних стосунків.

Саме сім'я несе значну відповідальність за певні спотворення статевості у будь-якому віці, особливо у неповнолітті, коли закладаються основи статевого характеру, формуються й успадковуються відпо-

відні норми та принципи статевої поведінки (Кубанский П., 1998). За влучним висловлюванням А. Дарлю, ще на початку ХХ століття порушення у внутрішньо-сімейних відносинах особливо катастрофічні, тому що “підвладні...протилежним впливам юні уми можуть бути спустошені” (Дарлю А., 1920, с.31).

Саме тому викликає тривогу той факт що за даними нашого дослідження лише 10,7% дівчат та 20% хлопців підліткового віку мають довірливі стосунки з батьками. Опитування підлітків дають підставу наголосити на психологічній та педагогічній неосвіченості більшості батьків, яка проявляється в непорозуміннях та погрозах.

Травмуючі переживання викликають у дитини конфлікти між батьками, які нерідко пов’язані з пияцтвом, аморальністю, іноді проявами насильства. Серед їх наслідків наслідків можуть бути не лише різноманітні порушення поведінки аж до її протиправних форм, а й спотворення у психосексуальній сфері. Так, негативне ставлення дитини до одного з родичів, який вважається “в усьому винний”, при певних умовах може трансформуватися на його стать (“всі вони такі”), поширюватися та закріплюватися, що призводить до виникнення, зокрема, гомосексуальної спрямованості.

Можна виділити найбільш розповсюджені, негативні за своїми наслідками, помилки у сімейному вихованні: це порушення емоційних зв’язків з дитиною, гіпер — чи гіпоопіка, перенесення власних неадекватних статеворольових й виховних настанов на безпосередній процес статевого виховання, його асексуальний характер, який визначається статевою уніфікацією, придушенням цікавості до протилежної статі та проявів нормальної сексуальності, обумовленої певними віковими особливостями.

На становлення сексуальної поведінки мають значний вплив певні психологічні та нервово-психічні особливості, такі як ситуаційно-особистісні реакції, акцентуйовані та психопатичні риси, психологічні комплекси і, особливо, комплекс неповноцінності. Формуючись під впливом травматичних умов статевого розвитку, вони впливають на міжстатеву комунікацію, побудову міжстатевих взаємин, невдачі в яких в свою чергу, здатні набувати кризової насиченості, викликаючи ще більші ускладнення.

Як приклад розглянемо історію пацієнта Ш. (22 р.), який звернувся до психолога зі скаргами на невдачі в міжстатевому спілкуванні та занепокоєнням з приводу відсутності статевого досвіду (“я ще не займаний”). За словами пацієнта, в міжстатевому спілкуванні він відчуває тривогу та невпевненість, вважає себе досить невмілим, тим паче що він із “сіренькою” зовнішністю, при чому останнє для нього є вирішальним. Пацієнт середнього зрісту, але має спортивний вигляд. Незважаючи на те, що йому бракує гостроти зору, окуляри носити со-

розмиться. У спогадах про дитинство зазначав постійні жарти з боку однокласників щодо низького росту ("тоді я був ще маленький") та фіксацію уваги на цьому батьків, особливо матері ("він у нас маленький та слабкий"), що дуже його дратувало й травмувало. Поступово Ш. став віддалятися від однокласників і, в першу чергу, від дівчат, стосунків з якими майже не було. Пацієнт це пов'язував зі страхом можливої невдачі, яка, за його словами, має психотравмуючий характер. Під час бесіди з психологом Ш. просив у цілому допомогти йому та навчити засобам міжстатевого спілкування, залицяння, флірту.

Статеві потреби на час психологічного обстеження були фрустровані. Пацієнт відчував значні труднощі статевої адаптації. В результаті психологічного дослідження його особистості була виявлена акцентуація характеру за сензитивно-шизоїдним типом, що значною мірою детермінувало порушення в міжстатевих відносинах.

Виникнення психосексуальної кризи можна спостерігати й в ситуаціях, коли особа стає жертвою статевих злочинів. Так, зокрема, серед негативних орієнтирів, що впливають на прискорення психосексуального розвитку, виділяються розтління та зваблення дітей дорослими. Практика свідчить, що в результаті зваблення дітей літніми людьми потерпілих інколи виникає спотворення статевого потягу у напрямку геронтофілії, тобто статевого потягу до осіб старшого віку. Педофілія також може сформуватися на фоні раннього статевого розвитку, зокрема в разі орієнтації на деяких аспектах гри з однолітками.

Серйозним психотравмуючим фактором є статеве насильство, потерпілими від якого найчастіше стають жінки. Серед наслідків зґвалтування зазначаються розвиток неврозів, аноргазмія та сексуальна інверсія (Гульман Б.Л., Орлов П.И., 1994), а також різноманітні статеві девіації, в тому числі гомосексуальної чи транссексуальної спрямованості. Слід наголосити, що насильницьке мужолоство має не менш травмуючі наслідки.

Кризові явища у психосексуальному розвитку неповнолітніх найчастіше мають латентний характер і у своїй більшості батьками та вихователями вчасно не помічаються. Щодо повнолітніх незалежно від віку, то спотворенню їхнього статевого життя сприяють перш за все стресові ситуації, пов'язані з соціальними і фізіологічними факторами. Кризи статевого характеру, як правило, поєднуються з кризами соціальної спрямованості, з ускладненнями всього спектру людських взаємин, де статеві девіації відіграють одночасно роль наслідків і їхніх вихідних початків.

Девіантна сексуальна поведінка та основні напрямки її попередження

Процес статевого розвитку людини має певні специфічні особливості, обумовлені психосексуальними характеристиками індивідів та історико-соціальними умовами життя суспільства. Внутрішнє суперечливий він нерідко набуває кризового характеру. Виникаючи психосексуальні кризи можуть привести до ігнорування вимог загальноприйнятої норми статевої поведінки, до формування статевих відхилень (девіацій) з специфічними психологічними і психічними ознаками.

Кризові статеві явища характеризуються певною рухомістю та динамічністю і здатні якісно перерастати в статево-фізичну (захворювання) або статево-соціальну (злочин) патологію. Тобто і статева патологія і статевий злочин, як правило, базуються на статевих відхиленнях (Ілюшин В.А., 1983, Костенко А.Н., 1985). При цьому статева норма і статеві відхилення — два полюси соціально значущої поведінки; норма типова, а відхилення від неї можуть бути дуже індивідуальними (Курявцев В.Н., 1984).

Варіантність статевих девіацій дуже висока — це відхилення щодо об'єкту потягу, відхилення у засобах його реалізації, а також різні нетипові відхилення (Имелинский К., 1986).

У спеціальній літературі (сексопатологічній, психологічній) домінує концепція, згідно якої порушення статевої поведінки являють собою порушення психосексуального розвитку в онтогенезі на одному або декількох етапах.

Виділяються три групи порушень.

А. Порушення статевої самосвідомості.

Б. Порушення процесу формування статевих стереотипів, статево-рольової поведінки;

В. Порушення психосексуальних орієнтацій.

А. До порушення статевої самосвідомості відносять транссексуалізм стійке спотворення самосвідомості, впевненість у причетності до протилежної статі, незважаючи на правильне статево визрівання). Сутність транссексуалізму й досі кінцево не визначена. Зокрема відомий вчений Крафт-Ебінг ще у 1877 році виклав систему аргументів які пояснювали, що транссексуалізм — це хронічний специфічний психоз на основі спотвореної уяви (параноя). Значна кількість дослідників не погоджуючись з цим висновком, пов'язувала причини транссексуалізму з гострими порушеннями пренатального розвитку, який супроводжувався певними патологіями.

Вважається, що у більшості випадків криза статевого розвитку пов'язана з особистісним конфліктом як наслідком "конфлікту статі". Але деякі дослідники наголошують на можливості набуття цієї перверс

особливо за наявності певних схильностей до неї. Так, Д.Єнікеева (1997) вважає, що появі такої девіації можуть сприяти патогенне виховання в сім'ї (заохочення й навіть нав'язування стереотипів поведінки іншої статі, яку б хотіли бачити батьки у дитини) та фізичне чи статеве насильство (особливо щодо дівчат).

Небезпека транссексуалізму пов'язується з аутоагресивною поведінкою (самооскоплення, суїцидальні спроби) та соціальною дезадаптацією. Якщо в першому випадку вона супроводжується неприйняттям своєї зовнішності, то в другому в більшості випадків — з відсутністю співчуття з боку оточуючих, необхідної моральної підтримки.

Важливу роль у розв'язанні цієї кризи відіграє характер сімейного виховання, сімейні відносини взагалі.

Перші елементи порушень статевої самосвідомості при транссексуалізмі можна спостерігати у дитини ще до 5-и років. Такі діти називають себе ім'ям протилежної статі, демонстративно вдягають відповідний одяг тощо. Ці звички реалізуються й у забавах, притаманних представникам іншої статі. Особливо яскраво транссексуалізм проявляється у підлітковому віці, коли з'являються виразні прояви статевих ознак. Такі підлітки вдаються до їх приховування, бо вони не вписуються у бажану модель статі, а інколи й прагнуть змінити стать хірургічним шляхом. Перед застосуванням радикальних засобів корекції обов'язково потрібне кропітке обстеження психіки транссексуала:

При м'якій формі цього статевого порушення доцільно використовувати потенціал психологічної корекції та соціальної підтримки живанта. Найчастіше це робиться шляхом компенсації й адаптації статевої поведінки, що здатне привести до значного зменшення виразності ознак транссексуалізму. Особливо це стосується раннього віку, коли транссексуальна поведінка внаслідок певного психолого-педагогічного впливу може зовсім знівелюватися. Але такі діти потребують постійної! навіть, якщо хірургічна корекція статі вже відбулася, найважливішою проблемою залишається психологічна та сексуальна підготовка людини до "нового" життя.

Б. Порушення формування статевих стереотипів, статево-рольової поведінки, можуть проявлятися у формі гіпертрофії відповідної статевої ролі чи, навпаки, її спотворення за протилежними ознаками. У першому випадку мова йде про гіпермаскулінізацію хлопців та гіперфемінізацію дівчат.

Гіпермаскулінна поведінка нерідко супроводжується агресивністю, жорстокістю й може, за несприятливих умов, закріплюватися та трансформуватися у садизм (отримання статевої насолоди від жорстокості, фізичного чи психічного пригнічення статевого партнера).

Явище статевого садизму досить поширене й суспільно небезпечне. Його сутність полягає в створенні асоціативного зв'язку між на-

солодою і жорстокістю внаслідок оргіастичної фіксації на акті насильства. Виникаючи внаслідок сильних емоційних переживань, садистична поведінка згодом сама набуває самостійного значення, бо головним двигуном статевої поведінки садиста є почуття “безмежності влади” над іншою людиною, що може підштовхнути до злочину, до вбивства. Навіть при появі імпотенції садист є дуже суспільно небезпечним, бо для нього “еквівалентом статевого акту стає прагнення душисти свою жертву, колоти, бити, мучити” (Крофт-Ебінг Р., 1996, с.69). Крім того, статевий садизм може набувати символічних ознак й спрямовуватися на третіх осіб, особливо з числа підлеглих (знушання з школярів, студентів, солдатів та ін.), а також з тварин.

Статевий садизм найбільш поширений серед чоловіків але може бути притаманний й жінкам (частіше у м'якших формах).

Протилежним за змістом є перетворення гіперфемінних рис у мазохізм (еротичне бажання сприймати моральне, психічне та фізичне пригнічення). В основі мазохізму, лежить прагнення підпадати під чужу волю, відчувати над собою владу. Життя мазохіста — це постійне бажання страждань як засобу задоволення статевого потягу, пошук мовби своєї “другої половини”, людини з нахилами садиста. Отже, мазохізм і садизм проявляються на одній площині статевої і навіть можуть співіснувати як взаємодоповнюючі сторони сексуальності. Зокрема, це може проявлятися у зміні ролей у партнерському сексі або у аутоагресивній поведінці, коли задоволення отримується від завдання болю самому себе.

Існуючи як два полюси патологічних порушень статево-рольової поведінки, прагнення до насильства (садизм) і прагнення цього насильства (мазохізм) часто трапляються не лише у “чистому” вигляді, а й серед інших статевоїх відхилень, посилюючи їх суспільну неприйнятність. Тому рання діагностика цих девіацій та своєчасна їх психолого-педагогічна, а якщо необхідно — медична, корекція має загальнопрофілактичне значення для позитивного розв'язання кризи психосексуального розвитку.

В. Трансформації статево-рольових механізмів, що характеризуються набуттям властивостей, притаманних протилежній статі, насамперед пов'язані з патогенним, психотравмуючим вихованням (порушення нормальних статевоїх відносин в сім'ї, неповний її склад та інші) і нерідко супроводжуються спотворенням психосексуальних орієнтацій різного генезису. Серед них найчастіше зустрічається гомосексуалізм (статеве відхилення, що характеризується сексуальним потягом до партнерів своєї ж статі).

Історія свідчить, що гомосексуальні стосунки були властиві людському суспільству з давнини, на всіх щаблях його розвитку.”Факт загадкового прагнення задовольняти статеві потреби не природно, а з

особами своєї ж статі...факт такий же старий, як початок історії людства, як такий, що губиться у темряві часу" (*Bimn B.O.*, 1872, т.1, с.41).

Науковий аналіз феномену гомосексуалізму також має історичний характер, від його розуміння як прояву фізичної та психічної патології до оцінки гомосексуалізму у якості девіантної статевої поведінки, коли мова йде лише про психічну аномалію. Статевий потяг гомосексуаліста не пов'язаний ні з первинними, ні з вторинними фізичними статевими особливостями і вирішальну роль відіграє не сам факт статевих відносин з особами своєї ж статі, а формування стійкого статевого потягу до них. Тобто спотвореними є статеві зносини, спотворений статевий потяг.

І сьогодні питання про природу гомосексуалізму залишається спірним.

Широкого поширення набула теорія Хукера, у відповідності з якою люди народжуються статеві індіферентними і мають загальну схильність до гетеросексуальності, гомосексуальності та бісексуальності. І тільки згодом, під впливом сім'ї і суспільства та завжди особистому статево досвіду, кожний робить свій вибір відносно типу статевого партнерства. Характерним є й те, що більшість гомосексуалістів вважає свою статеву особливість виключно спадкоємною. Однак, і ця гіпотеза теж достатньо науково не обгрунтована. Перед дослідниками залишається проблема: якщо гомосексуалізм не є потенційною (спадкоємною) схильністю, а виникає лише як різновид психологічно спотвореного статевого темпераменту, то як він формується, яка його природа та механізм утворення?

Не існує анатомічного підтвердження гомосексуальної схильності. Так, експерти ООН вважають: "Чоловік жіночої зовнішності може бути дуже приємним коханцем, і навпаки, чоловік з виключно мужською зовнішністю і характером може займатися гомосексуалізмом... Мова не йде про гормональний фактор; нестача чоловічих гормонів веде скоріше до імпотенції, а не до гомосексуалізму, а введення додаткових чоловічих гормонів ніколи не перетворить гомосексуаліста в гетеросексуаліста. Отже, корені гомосексуалізму... слід шукати не в біології, а у способі життя індивіда, починаючи з його дитинства, підліткового віку... Гомосексуалізм виникає настільки легко, наскільки не завершена статева диференціація" (*Половые меньшинства*. 1988, с.6). Можна пошукати і на Фрейда з його послідовниками, які шукали причини гомосексуалізму в статевій закомплексованості дітей на ранніх стадіях розвитку, у так званому комплексі кастрації з відповідним страхом перед формальними статевими стосунками, в ототожненні своєї статі з батьками тієї ж статі, в закоханості у своє тіло і т.п.

Кінець-кінцем, гомосексуалізм не є спадкоємним біологічним фактором і можна лише говорити про ступінь схильності до нього з

урахуванням особливостей психіки, соціального досвіду. На нашу думку витоки гомосексуалізму найдоцільніше шукати перш за все в особливостях переживання кризових станів дітей, усвідомлюючи в той же час, що це причина лише вихідного формування відповідних нахилів, а не девіації в цілому. Стосовно гомосексуалізму “причиною не є розбещення, а саме спотворення” (Лейдович Я.Я., 1927, с.110) в широкому розумінні цього слова.

Необхідно підкреслити, що саме підлітковий вік є найбільш чутливим до формування гомосексуальних нахилів.

Підлітковий гомосексуалізм може бути транзиторним (що ситуативно виникає і з початком гетеросексуального статевого життя зникає), так і істинним (з більш-менш сформованим гомосексуальним потягом). Останній — це поступове закріплення окремих рис гомосексуальної поведінки внаслідок неможливості реалізації сексуальних потягів при передчасному статево-рольовому розвитку та, навпаки, на фоні його ретардацій, особливо з порушеннями міжстатевої комунікації. Практика свідчить й про те, що серед причин набуття гомосексуальних схильностей не останнє місце посідає гомосексуальне зведення підлітків.

Важливішими для діагностики є ті гомосексуальні переважання, які не пов’язані з порушеннями у статево-рольовому розвитку й не впадають у вічі.

В першу чергу слід звертати увагу на загально-специфічні форми прояву гомосексуальних нахилів. Це цікавість до одностатевих контактів, фантазування на гомосексуальні теми, гомосексуальне експериментування, особливо якщо це відбувалося неодноразово, домінування гомосексуальних почуттів аж до їх повної переваги. Але слід зазначити, що наявність наведених ознак не обов’язково в кожному окремому випадку супроводжується гомосексуальними стосунками, тому рання психологічна допомога має велике профілактичне значення.

Що ж стосується гомосексуалізму при сформованому порушенні статево-рольових орієнтацій (активна жіноча та пасивна чоловіча форми), то його діагностика відносно легка, бо особливості статево-рольової поведінки звертають до себе увагу вже у дитинстві. З точки зору багатьох спеціалістів, такий варіант практично не піддається корекції.

В теорії та практиці дослідження гомосексуалізму основна увага приділялася чоловічому, а не жіночому варіанту. Це пов’язано з певною прихованістю лесбійства. Жіночі гомосексуальні стосунки, трапляються не лише у самотніх жінок, а й у сімейних, які нерідко приховують свої статеві прагнення завдяки одруженню та народженню дитини. Крім того, серед жінок більш поширені бісексуальні статеві відносини, коли статева насолода отримується як від жінок, так і від чоловіків.

Механізми гомосексуальної поведінки мають загальний характер, але щодо жіночого гомосексуалізму деякі з них можуть значно заострюватись. Так, входження в лесбійські стосунки часто пов'язане з переживаннями психостатевої кризи внаслідок отримання негативного гетеросексуального досвіду, особливо при першій близькості. Наприклад, отримані нами дані в ході опитування 112 дівчат у віці 14-17 років показали, що серед тих, хто мав гетеросексуальний досвід (55,36% загального числа), 12,9% мали також досвід одностатевих зв'язків, причому кожна друга з них бажала їх підтримувати. Інші факт лесбійських відносин заперечували, але 22,6% дівчат з гетеросексуальним досвідом зазначали певний інтерес до них та готовність до одностатевих експериментів. І як в першому так і другому випадку дівчата повідомляли, що до першого статевого гетеросексуального досвіду готові не були. Незадоволеність, пригнічення, вину та спустошення після нього відчула кожна друга дівчина. Більшість дівчат, які мали гетеросексуальний досвід, вважали, що він не відповідав їх очікуванням, рознервував їх.

Враховуючи ці дані, слід наголосити, що формування гомосексуальних схильностей у жінок йде поруч з негативним ставленням до чоловіків, сприйманням їх як джерела потенційної небезпеки. Одностатеві зв'язки, особливо на фоні певних нервово-психічних особливостей жінки, являються деяким більш бажаними завдяки їх "комфортності, естетичності, ніжності, уважливості" тощо.

Значною мірою початок лесбійських зносин пов'язаний з гострим відчуттям психологічного дискомфорту, самотності. Це підтвердила переважна більшість опитаних дівчат, які мали гомосексуальний досвід. Серед інших причин виникнення гомосексуальних пошуків можна виділити виховання дівчинки у ненависті до протилежної статі; іноді це можна спостерігати у неповних сім'ях, де вихователю казати має негативний досвід сімейного життя й відповідно формує його у доньки. Основою формування лесбійства можна вважати гиперпотребу у материнській опіці, що потім перетворюється на любов турботу з боку гомосексуальної партнерки.

В цілому ж в основі формування гомосексуального потягу як у жінок, так і у чоловіків нерідко знаходяться не один, а декілька більш виразних факторів, дія яких має певну латентність. Останнє обумовлено тим, що причини кризи психосексуального розвитку практично завжди завуальовані як для носія відхилення, так і, особливо, для його оточення.

Слід звернути увагу на особливості кризових явищ, які виникають у зв'язку з порушенням статевої адаптації завдяки гомосексуальній орієнтації. Зокрема, якщо буденні хвороби або травми викликають активну реакцію потерпілих з проханням про допомогу й співчуття близьких людей, то гомосексуаліст залишається наодинці зі своїми пережи-

ваннями й найчастіше не розраховує на співчуття. Так, у Київському центрі сексології та андрології в ході бесіди з гомосексуалістами, які потрапили на прийом, виявлено що практично всі вони на різних рівнях емоційності відчувають озлоблення відносно суспільства, яке їх “зацькувало й принижує”, робить з них ізгоїв.

Така невіра заважала їм навіть спокійно аналізувати проблеми, пов’язані з гомосексуальною залежністю. Серед них майже головною є страх, що таємниця їхнього життя рано чи пізно розкриється й викличе негативну реакцію з боку близьких людей. Неможливість саморозкриття, страх осудження викликає глибокі внутрішні та міжособистісні конфлікти, невротичні розлади, депресію і в деяких випадках суїцидальну поведінку.

Особливо травмуючою вважається відсутність взаєморозуміння з батьками, які в першу чергу покликані підтримати свою дитину. Саме невпевненість, що вони “приймуть мене таким, який я є”; недовірливе ставлення до батьків заперечують вихід з гомосексуального “підпілля”. Іноді ситуація може бути й зворотна — саме любов до батьків, небажання їх розчаровувати стає головною причиною утримання від відвертості, формуючи комплекс вини. Як в першому, так і в другому випадку, розв’язання кризової ситуації потребує психологічної допомоги — підготовки до відповідальної розмови, розробки певної тактики бесіди, а саме створення доброзичливої атмосфери, яка б сприяла відвертості.

Відомо, що гомосексуальні зв’язки дуже часто співіснують з аморальністю, підвищеною загрозою зараження венеричнимим хворобами і СНІДом. (Згідно з Жаком Корразом, середня тривалість співжиття гомосексуальної пари становить три роки; середнє число партнерів — 16 на рік; близько 50% гомосексуалістів заявляють, що в їх статевому житті було не менше 500 партнерів. Пристрасть до зміни партнерів підштовхує гомосексуалістів до статевих контактів з незнайомими людьми, що об’єктивно стимулює чоловічу проституцію (в Англії 70% хворих на сифіліс — гомосексуалісти). І, нарешті, гомосексуалістам притаманна схильність до статевого насильства (за даними Ксав’є Тевено, це стосується майже кожного другого гомосексуаліста (Половые меньшинства..., 1988)).

Таким чином, гомосексуалізм як явище виходить далеко за межі приватного життя людей та нерідко набуває ознак соціальної хвороби з відповідними суспільно-правовими наслідками. Тому гомосексуалізм має сприйматися як глибока, яскраво виражена криза статевої, яка з необхідністю потребує комплексної корекції: медичної, психологічної та соціальної.

Окрім порушень психосексуальних орієнтацій за статтю об’єкта, в сексологічній літературі виділяють значне коло девіацій, в

основі яких є спотворення статевого потягу об'єктом та його віком, як у "класичних" варіаціях, так і в співіснуванні елементів не одного, а декількох типів відхилень.

Так, наприклад, трансвестизм (перевдягання у вбрання протилежної статі із сексуальною мотивацією) часто має елементи фетишизму, де роль фетишу відіграє вбрання в одяг, символізуючий статевого партнера. Варіанти фетишизму можуть бути дуже різноманітними в залежності від індивідуальних переваг девіантів (фетиш носа, рук, ніг, фігури, предметів близьки, взуття та ін.) До фетишів можуть належати й специфічні символи статі; зокрема, у жінок — це татуювання, вуса, військовий мундир тощо. Як зазначав ще на початку ХХ століття А.Форель, існують навіть фетишисти, яких збуджує те чи інше каліцтво — косоокість, криві ноги, інші фізичні недоліки. Статевий фетишизм найчастіше формується внаслідок виняткового збігу у часі об'єкта — майбутнього фетишу — з настанням сексуальної насолоди. Іноді він пов'язується з гомосексуалізмом або транссексуалізмом.

Своєрідною формою фетишу може бути й вік об'єкта статевого потягу. При педофільії цю роль відіграє тіло дитини. Характерно, що, за даними сексологічної статистики, близько 25% жінок пригадують про спроби чоловіків домагатися сексуального зближення з ними, коли вони були ще дітьми. Половина спроб зводилась до ексгібіціонізму, а у 12% випадків мав місце міжтілесний контакт у вигляді петингу. Це означає, що педофільія як статево відхилення дуже небезпечна за своїми наслідками, викликаючи спотворення психосексуального розвитку дитини. Педофільія нерідко трапляється в середовищі гомосексуалістів, а також старіючих злочинців, які "часто нападають на дітей, чому сприяє не в'янення та послаблення нормальної статевої збудливості: спостерігається взаємозалежність між підвищенням віку злочинців і зниженням віку жертв" (Нижсгородцев К.А., 1928, с.245).

Різновидом педофільії є партенофільія, де роль сексуального фетишу грає незайманість дівчат, а також ефебофільія, коли статево збудження стимулюється недостатньою фізичною зрілістю та статевою неосвіченістю підлітків і юнаків. Проведене нами дослідження свідчить, що кожна третя-четверта жінка у підлітковому віці стикалася зі спробами роздягання з боку літніх чоловіків, тобто опинялася в потенційно небезпечній для свого подальшого психосексуального розвитку ситуації. Ефебофільія притаманна як чоловікам, так і жінкам, але останні діють більш тонко та завуальовано. Механізм формування ефебофільії в першу чергу пов'язаний зі статевою закомплексованістю, невпевненістю у власних силах" внаслідок різних статевоїх розладів та ін.

Аналогічним й започаткування механізмів геронтофільії, коли домінуючим сексуальним стимулом стає залежність, беззахисність сексуального партнера, його старий вік, що полегшує можливість реалізації

спотворених форм статевого задоволення. Нерідко девіантну поведінку геронтофіла зумовлено психічними порушеннями, в тому числі й патологічного характеру.

Статеві девіації за певних умов здатні трансформуватися у злочинну статеву поведінку (розбещення неповнолітніх; статеві зносини з особою, що не досягла статевої зрілості; насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом та ін.). Але іноді елементи тих чи інших відхилень можна спостерігати в механізмах злочинів, які, на перший погляд, не мають нічого спільного зі статевою мотивацією. Наприклад, крадіжка, яка найчастіше скоюється з корисливою метою, в окремих випадках може бути пов'язана з прагненням таємного заволодіння речами, які мають сексуально-символічний характер (фетишизм). Сексуальна мотивація може мати місце й в хуліганських діях вандалізму, що супроводжують таку девіацію, як пігмаліонізм (сексуальний потяг, найчастіше у чоловіків, до скульптурного чи живописного відображення особи протилежної статі) в поєднанні із садистськими нахилами. Сексуальна мотивація може відігравати значну роль й у вбивствах, завданні тяжких тілесних ушкоджень зокрема, при афекті, що може супроводжувати ревності.

Спотворені прояви ревності здатні набувати садистського забарвлення, бо "ревності — це духовне насилля, яке нерідко переходить у фізичне" (*Стрельцова Г.Я.*, 1990, с.365). Ревності — традиційний супутник не стільки високих почуттів, скільки егоїстичної нікчемної пристрасті. У цьому сенсі "любов — найбільш страхітлива суперечність, яку свідомість не може розв'язати" (*Гегель Г.Г.В.*, 1990, с.209). Спотворені ревності знецінюють і любов, і статеві відносини, особливо в кризових ситуаціях. Хворобливі (агресивні) форми ревності притаманні головним чином психопатичним особам. Ревності — одна з поширених причин кризи у сімейних відносинах, немотивованих розлучень, іноді з тяжкими наслідками для дітей.

Кризового характеру часто набувають і прояви німфоманії (гіпертрофований потяг жінки до різних партнерів, який нерідко має нав'язливий характер). Вона пов'язана з непередбачливістю вчинків жінки, явною аморальністю.

Стосовно німфоманок Р. Крафт-Ебінг підкреслював, що вони стають іграшкою своїх фантазій, які кружляють виключно навколо статевих навіювань, а при їх статевого збудженні навіть опосередковані образи набувають суто сексуальної спрямованості "протягом дня достатньо щонайменшого приводу, щоб викликати у них дійсні кризи у формі мук підвищеного нервово-психічного статевого збудження... Статеве збудження не може прийти у рятівну рівновагу, статеве зголодіння залишається ненаситним, і жінки стають навіть повіями" (*Крафт-Ебінг Р.*, 1990, с.464).

Відомо багато різновидів німфоманії: німфоманія, що характеризується частими приступами статевого перезбудження на фоні гормональних розладів або уражень мозку; німфоманія у вигляді мазокальних станів; німфоманія як своєрідний спосіб життя, що супроводжується численними статевими контактами. Проблемі німфоманії значну увагу приділяв А.Форель. Зокрема, він писав, що у таких жінок є дві дуже характерні відмінності: "Перші, суто німфоманки, які пориваються до чоловіків зі стихійною силою, тілом і душею одночасно; по-другому весь мозок у таких випадках діє згідно з інстинктом. Інші ж жінки почувають суто периферійні збудження... Існує й багато переходних ступенів між цими двома крайніми формами" (Форель А., т.І, с.133). Трагізм життя німфоманок суттєво поглиблюється у зв'язку із хронічними захворюваннями, наркотизацією, самотністю.

Останнє певною мірою проявляється й при сатириазисі (патологічному або передпатологічному підвищенні статевого потягу у чоловіків у вигляді постійного ненаситного почуття статевої потреби). Ця девіація пов'язана не лише з великою кількістю статевих контактів, а й з постійною зміною сексуальної поведінки, коли вона стає основою всієї життєвої мотивації. Симптоми німфоманії та сатириазису здатні проявлятися й наростати вже у ранньому підлітковому віці, що супроводжується швидкою моральною та правовою деградацією і тому потребує негайної медико-психологічної допомоги.

Розглядаючи різноманітні відхилення у статевій поведінці, їх особливості та форми, слід зазначити, що в залежності від характеру кризи психосексуального розвитку та засобів її розв'язання, ті чи інші зв'язки девіацій мають різне функціональне значення. Так, вони, з одного боку, виступають транзиторними елементами становлення лібідо у дитячому та підлітковому віці, зникаючи з початком нормального статевого життя чи доповнюючи елементи нормальної сексуальності, що трансформують її прояви. З другого, девіації можуть трансформуватися у статеві перверсії. Характерним у цьому відношенні є нарцисизм, який може проявлятися і в дитячому віці, і у 14-18 років, а у випадках закріплення — і у формі стійкого статевого збудження від милування своїм тілом, заміщаючи інші форми статевої активності. Але така ситуація трапляється доволі рідко. Як правило, нарцисизм являє собою передісторичний етап, епізод у формуванні інших девіацій. Зокрема, він властивий гомосексуальній орієнтації та поведінці; гомосексуалісти нарцисичні, бо їх особисті утіхи стоять у них на першому місці, незважаючи на те, що думають інші про їх поведінку" (Капріо Ф., 1995, с.112).

Появі нарцисизму сприяє ізоляція дитини з раннього віку від дорослих, коли об'єктом природної цікавості стає тільки власне тіло; значення й наявність істероїдної психопатії, негативних впливів

середовища тощо. Взагалі ж схильність до нарцисизму формується незалежно від статі, віку, соціального стану — в усіх випадках власне “Я” стоїть у центрі світосприймання.

Не менш характерні й особливості вуайєризму (статеве відхилення, що пов'язане з реалізацією статевої насолоди від розглядання статевих органів або спостереження статевих контактів). Його елементи притаманні певним формам культури (вар'єте, еротичні шоу, еротичні та порнографічні журнали, фільми). Вуайєризм може супроводжувати і нормальну статеву активність (споглядання оголеного тіла партнера, вивчення його особливостей). У дитячому та підлітковому віці він може бути елементом психосексуального розвитку, а також транзиторною формою статевої розрядки.

Трансформація наведених та інших девіацій у патологічні форми відбуваються з причини несформованості лібідо, фіксації свідомості на фізіологічному боці статевого акту, порушення спілкування з особами протилежної статі.

Отже, відхилення у статевій поведінці потрібно аналізувати як цілісну сукупність певних психофізіологічних, психосоціальних та психопатологічних явищ, що виникають внаслідок кризи розвитку людини й здатних перетворюватись на її причину.

Головними напрямками запобігання кризи психосексуального розвитку можна вважати:

1) забезпечення фізіологічного та психічного здоров'я дітей з наданням відповідної медико-психологічної допомоги сім'ям, в яких вони виховуються;

2) формування суспільно прийнятих норм статевої поведінки зі своєчасною її корекцією на психолого-педагогічному, кримінологічному та, якщо необхідно, медичному рівнях, з урахуванням віку та чинників негативного впливу;

3) поступова підготовка неповнолітніх до створення у майбутньому власної сім'ї.

Успіхи та прогалини в реалізації наведених напрямків залежать від конкретних умов життя сім'ї, виконання батьками своїх морально-правових обов'язків, їх виховної майстерності. Як свідчить практика багато батьків та вихователів не мають необхідного досвіду або перебувають у полоні хибних уявлень стосовно статевих проблем. Зокрема, бесіди з батьками показали, що вони у багатьох випадках не тільки не враховували статево-вікові особливості своїх дітей, а й не мали ясного уявлення про конкретні підходи та методи статево-рольового виховання.

Крім того, приблизно у 60% випадків спостерігалася відсутність єдності поглядів між самими батьками щодо характеру і поетапності форм статевого виховання, а також зваженого розподілу виховних

обов'язків. Так, чоловічий вплив найчастіше має епізодичний характер, стосується лише конкретних вчинків неповнолітніх; матері ж більш сумлінно ставляться до їх статевого виховання, але, порівняно з чоловіками, роблять це менш вдало з педагогічної точки зору, нерідко свідомо уникаючи дійсно гострих, але конче актуальних питань.

Непорозуміння стосовно методів статевого виховання здатні викликати не лише психологічний дискомфорт в сімейних стосунках, а й навіть так званий стан глобального сімейного незадоволення, сімейну кризу, що ставить під сумнів доцільність самого шлюбу (*Ейдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1990*).

Особливості статевого виховання в сім'ї мають триєдину природу, органічно поєднуючи завдання психологічної, педагогічної та медико-психологічної спрямованості. Так, інколи батьки стикаються не тільки із статевими відхиленнями, а й з генетично закріпленими спотвореннями у дітей статевих функцій. Особливого значення це набуває тоді, коли статевий інстинкт практично не піддається самоконтролю й тому може стати суспільно небезпечним. Складність проблеми обумовлено тим, що статевий потяг, з одного боку, — є яскраво вираженим біологічним фактором, а з другого — прояв людської статевої сутності поза соціальним середовищем.

“Спадковість і виховання йдуть назустріч одне одному й, зустрічаючись, породжують такі якості людської психіки, котрі неможливо викликати без спадковості або без виховання” (*Кузнецов Р.Н., Лебедев В.И., 1972, с.11*).

Рання профілактика статевих девіацій в умовах сім'ї має важливе значення й у контексті проблеми прискорення статевого дозрівання. Адже кожні десять років воно починається приблизно на чотири місяці раніше, і цей процес постійно посилюється.

Резерв ефективності сімейного попередження сексуальних девіацій обумовлений, по-перше, значною духовною і матеріальною залежністю дітей від батьків; по-друге, в сім'ї задовольняється значна частина їх запитів і багатосторонніх потреб; по-третє, за допомогою батьків діти поступово вступають на шлях інтенсивного оволодіння знаннями в основних сферах життя з відповідною професійною орієнтацією; по-четверте, біологічна близькість батьків і дітей стимулює останніх усвідомлення обов'язку перед сім'єю; і, нарешті, по-п'яте, усіх членів сім'ї пов'язує взаємна солідарність, звичка до соціальної взаємодії та підтримки.

Отже, визначна роль сім'ї у вихованні дітей, зокрема у формуванні статево-рольової поведінки — незаперечна. Але останнім часом на перший план переконаливіше виступає загальна глибока криза інституту сім'ї; “вибух розлучень та самотності, лавина нещастя та не-

добрих нравів” (Рюриков Ю.Б., 1990, с.13), нерідко фактично повністю нівелюючи багатство можливостей сімейної педагогіки.

Особливо це стосується підліткового віку, коли вплив батьків істотно зменшується за рахунок навколишнього середовища. Підлітки активно прагнуть, щоб їх вважали дорослими, самостійними у виборі форм поведінки, в тому числі статевої. Тому неповнолітні у підлітковому віці нерідко ставлять під сумнів батьківські погляди на статевість та власне ставлення до статевих проблем пере перевіряють за допомогою оцінок того чи іншого випадкового “авторитету”. “Останнього шукають вже не в сім’ї, а скоріше в групі ровесників, вплив яких інколи сильніший, порівняно з референтною групою дорослих в сім’ї” (Ремшидт Х, 1994, с.109).

Мова йде не лише про поступове зменшення впливу батьків на статево соціалізацію неповнолітніх мірою зростання їх дорослості, а й про природний процес поступового виходу (символічного і фактичного) за межі своєї сім’ї з конкретними чи віддаленими намірами побудувати власну сім’ю. Об’єктивність цього процесу запрограмована й тому, що “конфлікт між поколіннями проявляється не стільки в сімейній, скільки в суспільній сфері” (Там же, с.141). Завдяки цьому стає можливим перегляд поглядів на статеві проблеми, моралі, іноді далеко не в кращій бік. Ціннісні переорієнтації статевих уявлень характеризуються і більш явною їх деперсоналізацією, у зв’язку з чим статеві погляди батьків не автоматично відкидаються, а витісняються формуванням власних уявлень, коли визріває більш-менш стійке особисте статево “Я”.

Певна тенденція до зменшення або навіть знецінення позитивного авторитету батьків щодо статевих проблем компенсується (або повинна компенсуватися) виховним впливом школи. Але тут важлива не формальна спадковість виховної функції, а органічна психолого-педагогічна взаємодія з метою удосконалення морально-правових принципів статевої поведінки, що виключають статеві девіації, шкідливі для фізичного і психічного здоров’я людини і однозначно небезпечні для суспільства. Головне — це здатність зробити суспільно прийнятний вибір між певними моделями статевої активності.

Важливість такої позиції обумовлено також тим, що в наш час спостерігається процес зниження вікового рівня початку статевих контактів, зокрема, у підлітковому віці. Проведене нами опитування показало, що з 13-ти років почали статево життя 6,45%, з 14-ти — 16,13%, з 15-ти — 38,71%, з 16-ти — 29,03%, та з 17-ти до 18-ти років — 9,68% дівчат. Але ця обставина практично не враховується, сім’я та школа займають досить пасивну позицію. При цьому, слід зазначити, що опитані неповнолітні дівчата зі статевим досвідом практично не мали довірливих відносин з батьками (96%), які б дозволяли дітям отримати

необхідну інформацію зі статевих проблем. Що ж стосується школи, то її серед джерел "інтимної" інформації майже не називали.

Виходячи з цього важливо підкреслити, що відсутність необхідної, своєчасної, грамотної сексологічної інформації є важливою проблемою, яка нерідко стає одним з чинників порушень статевої поведінки. Тому доцільно наголосити на чимдалі зростаючій значущості підвищення ефективності психологічних служб з питань допомоги у реалізації статевої просвіти та виховання.

Важливим у профілактиці девіантної статевої поведінки є індивідуальний підхід до особи, коли враховується специфіка дуже різноманітних за формою і змістом статевих нахилів. У цій площині значні можливості мають психологічне консультування неповнолітніх, особливо якщо вони самі ініціювали звертання до фахівців. Така ініціатива повинна мати підтримку в першу чергу з боку близьких людей як умова довірливого ставлення до психолога. Адаптація до взаємодії з ним може бути досягнута й завдяки застосуванню певних психотерапевтичних засобів, зокрема з арсеналу раціональної терапії як своєрідної прелюдії до використання складніших психотерапевтичних методів.

Нерідко переживання кризи у зв'язку з статевою девіацією стають причиною звертання до психолога зі скаргами, які мають досить абстрактний характер. Робота з такими неповнолітніми починається з первинної психодіагностичної бесіди. Згодом попередній анамнез дає змогу вже детальніше підібрати методи сексологічного та психологічного обстеження з подальшим з'ясуванням механізмів утворення девіації. Обов'язково слід звертати увагу на можливу наявність нервово-психічних розладів, патології, суттєвих порушень психосексуального розвитку, особливо в разі його прискорення чи затримки; особливості характеру, що здатні впливати на статево поведінку; дитячі враження та уподобання; відносини з однолітками та батьками; психологічну атмосферу в сім'ї та статево-рольові моделі поведінки батьків; особливості перших сексуальних відчуттів; вік, в якому була вперше отримана інформація стосовно статевого життя та від кого вона була отримана, її зміст та форма надання; перші сексуальні спроби, їх форма та обставини; мотивацію початку статевого життя; вік першого статевого контакту і психологічну готовність до нього, отримані враження, сексологічні, психологічні та моральні аспекти партнерства; можливі нетрадиційні форми статевої активності, їх привабливість, збуджуючий ефект, особливості реалізації; домінуючі риси статево-рольової поведінки; розвиток уявлень про статево життя в цілому; статево конституцію, особливості реагування на статево фрустрацію; самосвідомість (власне "Я") та самооцінку; ціннісну систему; можливий взаємозв'язок з іншими від суспільних норм відхиленнями тощо.

У сучасній практиці корекції статевих девіацій вдало використовуються можливості психотерапевтичного лікування, наприклад, гіпноугестії та аутоугестії. Вони застосовуються в першу чергу при виразних формах статевих девіацій (педофілія, фетишизм, ексгібіціонізм та іноді гомосексуалізм) (Голанд Я.Г., 1983).

При гіпноугестії — це певні формули лікувального навіювання з метою створення байдужості до попереднього патологічного об'єкта, закріплення гіперсексуальної норми. Про успіхи цього методу повідомляють багато фахівців, але й досі його ефективність є предметом дискусій.

При аутоугестії відбувається самонавіювання (за наглядом лікаря) бажаної статевої норми-реакції та навчання засобам саморегулювання відповідними функціями. Метод аутоугестії є більш ефективним, коли застосовується в комплексі з іншими, на основі умовнорефлекторного зв'язку. Цей механізм покладений також в основу відучення (аверсії), що застосовується при лікуванні, в першу чергу гомосексуалізму та трансвестизму (А.Кочарян Т.С., Кочарян С., 1994).

Таким чином, шлях корекції статевих відхилень — це своєрідна заміна однієї "фіксації" іншою, нормативно бажаною. Але нормалізація статевого потягу чи засобів його реалізації ще не є запорукою формування адаптивної статевої поведінки, особливо при порушенні міжособових відносин, переживанні внутрішньої кризи внаслідок "зміни якості". Відповідно вельми необхідна подальша психологічна підтримка особи. В цьому відношенні перспективними вважаються групова психотерапія, сімейна та інш.

Альтернативою іншим засобам корекції девіантної статевої поведінки є психоаналітичний метод, який передбачає проникнення у несвідоме, в підсвідому мотивацію та конфлікти, виявлення та осмислення яких поступово дозволяє звільнити людину від напруження й зробити здатною засвоювати нові ієрархії цінностей (Имелинский К., 1986).

Психологічний підхід до лікування статевих відхилень є дійсно ефективним, але його не можна протиставляти іншим методам корекції хоча б тому, що в багатьох випадках саме їх поєднання дає найбільш позитивні результати. Прийоми реорієнтації (зниження цінності тих чи інших форм поведінки шляхом змінення ієрархії цінностей) та сублімації (швидкого переключення енергії афективних потягів в інше рiчище) можуть бути вдало застосовані у психолого-педагогічній (м'якій) корекції відхилень статевої поведінки навіть в умовах сім'ї.

Застосування будь-яких форм корекції статевої поведінки малоефективне без комплексу профілактичних заходів, головною метою яких як найповніша суспільно-психологічна адаптація колишнього девіанта.

Тобто мова йде й про посткорекційну профілактику, про закріплення не лише сексуальної, а й суспільної норми, попередження її регресії.

Важливо підкреслити, що як рання, так і посткорекційна профілактика порушень у статевій поведінці (в тому числі й суспільно-небезпечних варіантів) передбачає комплексний підхід до розв'язання кризових проблем статевої девіації. Він не тільки включає сімейну та шкільну ланки впливу, а й далеко виходить за ці межі, залучаючи до процесу запобігання кризи психосексуального розвитку багатьох інших суб'єктів профілактики, які тільки разом й можуть забезпечити соціально-психологічний, загально оздоровчий, психіатричний, сексологічний і правовий напрямки цієї діяльності. Актуальність такого підходу підтверджується й тим, що в надрах психологічної науки розвивається дуже перспективна, самостійна наукова дисципліна — статеві психологія, яка, на нашу думку, здатна акумулювати набутий досвід, перш за все у таких галузях, як психологія, сексологія, соціологія, педагогіка, психіатрія та кримінологія. Статеві психологія зможе на більш високому науковому рівні вирішувати весь комплекс проблем психосексуального розвитку, подоланням його кризових станів як в окремих індивідів, так і у спільнот.

7. СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА ОСОБИСТОСТІ

Суїцид — хвороба цивілізації

Проблема суїциду є досить актуальною як для розвинутих країн, так і для країн з низьким соціально-економічним рівнем, що вказує на глибоке коріння цього питання. Саме тому вивчення суїциду треба починати не з акту самогубства, а з розуміння душевного стану людини, її внутрішнього світогляду.

До самогубства найчастіше призводить втрата найважливіших стосунків з родиною, коханою людиною та інше. У людини з'являється відчуття спустошеності, відчуженості, самотності, і як вища ступінь — втрата сенсу життя.

На думку В.Франкла, прагнення до сенсу власного існування є детермінуючим фактором в житті людини. Він стверджував, що “навіть замовбивця вірить у сенс — якщо не життя, то смерті” (Франкл В., 1997, с. 285).

Існують психологічні та соціальні умови, що призводять до самогубства, але всіх суїцидентів об'єднує те, що вони перебувають у стані життєвої кризи. Кризовий стан призводить людину до повної або часткової втрати сенсу життя, не дає можливості адекватно сприймати складну життєву ситуацію і вирішувати власні проблеми.

Перебуваючи під впливом кризових життєвих ситуацій (народження, смерть, життєві зміни, трагедії), особистість зазнає емоційного потрясіння, яке викликає переживання самотності. Самотність є ознакою порушення взаємозв'язку зовнішнього світу із внутрішнім світом особистості.

Сьогодні, усвідомлюючи, наскільки складним стає людське життя, ми повинні зазначити, що суїцид є чимось більшим, ніж просто особисте рішення, — це хвороба цивілізації.

За звичайною ознакою, суїцид є навмисне позбавлення себе життя, тобто — це саморуйнівна форма поведінки.

Самогубство — тема актуальна у всі часи, але ставлення до неї в різні епохи було різним і багато в чому залежало від релігій та морально-етичних норм і традицій.

Найдавніші самогубства — ритуальні, наприклад, харакирі і сати (обряд самоспалення індійських удовиць). Ритуальні самогубства, як правило, були почесні, заохочувалися суспільством, а ухилення від них вважалося великою ганьбою.

У християнстві вважається, що якщо бог дарував тобі життя, не можна кидати цей дар до його ніг.

У прадавні часи практично у всіх народів існувало добровільне принесення себе в жертву богам заради суспільних інтересів. Самогубство вдів у багатьох країнах є доказом відданості чоловікові. У чоловіків самогубство виникало як засіб уникнення ганьби у військових поразках. Відомий приклад: римський імператор Нерон, отримавши поразку у боротьбі за владу, звів рахунки з життям. Подібні види поведінки описані навіть у Старому Заповіті, який, в цілому, засуджує ідею самознищення.

З приходом християнства ставлення до самогубства стає різко негативним, у середні віки самогубців не ховали на кладовищах, над їх трупами здійснювали наругу (визначну роль відігравав естетичний момент показати людям, що з ними буде після такого кроку, тому що людина завжди уявляє власну смерть і похорон, естетично переживаючи цю подію). Чому це сталося?

В усі часи кількість самогубств була пов'язана з суспільними піднесеннями і спадами в політиці, економіці та культурі. Ще Е.Дюркгейм в своїй монографії "Самогубство" поставив кількість суїцидів у пряму залежність від соціального життя. Дійсно, спади в світовій економіці 1908, 1923, 1933 років супроводжувалися епідемією самогубств. Наприклад, у Росії злиденність народу сполучається з катастрофічним знеціненням людського життя. У першій половині ХХ ст. у США самогубства здійснювали переважно люди похилого віку, але з 60-х років американські самогубці різко "помолодшали".

Проведені дослідження стосовно віку самовбивць доводять, що велика частина випадків самогубств припадає на вибірку підлітків або молоді, які перебувають у перехідному віці, тобто на пубертатні суїциди. Проблема суїцидальної поведінки у підлітковому віці стає найбільш гострою у зв'язку з тим, що протягом останніх десятиріч простежується постійне зростання суїцидальних спроб в даному віковому періоді. За даними Міністерства статистики України, у 1996 році підлітками було здійснено 81 самогубство.

Статистика такого роду дуже відносна, вона ніким не фіксується, отже замах на самогубство за даними 1988 р. не менш ніж у 7 разів перевищують завершені суїциди. Перше місце у світі за кількістю самогубств на початку 1990-х років належало Угорщині — 40 самогубств на 100 тисяч населення в рік. Статистика свідчить про те, що між низьким рівнем життя і кількістю самогубств немає прямого взаємозв'язку. Адже, одним з лідерів за кількістю самогубств на душу населення є найбагатша країна Європи — Швеція, яка благополучно вирішує свої соціальні проблеми. Таке лідерство продовжується вже багато років. В цілому, за даними ООН, у розвинених країнах світу щорічно відбувається 130 тис. самогубств. Сторіччя тому Росія була на останньому місці серед європейських країн за рівнем самогубств (3 на 100 тис. жителів).

В останнє десятиріччя кількість самогубств неухильно зростає. За даними Федерального науково-методичного центру суїцидології, число суїцидів збільшилося з 31 на 100 тис. чоловік в 1993 р. до 38 на 100 тис. чоловік в 1995 р.

На сьогодні ця цифра коливається у діапазоні від 45-50 самогубств на 100 тис. населення в рік до 35-45. (Корнетов Н.А., 1995). Україна не дуже відстала від Росії. На 100 тис. мешканців відбувається 30 самогубств, більшість із них здійснюється молоддю, а також людьми похилого віку (60-70 років). Перші місця займають Сумська, Запорізька, Чернігівська, Львівська, Донецька, Луганська області, Республіка Крим (33-44 самогубств на 100 тис. населення).

Розглядаючи окремі аспекти надання людині психологічної допомоги, можливості здійснення профілактичних та реабілітаційних заходів, проведення корекції подальшого розвитку особистості суїцидентів, слід враховувати сучасні тенденції самогубств, їх кількісну динаміку та соціально-демографічні характеристики.

Психологічні умови суїцидальної поведінки

Саморуйнування є одним із чималих виборів, які відкриваються перед людиною. Трапляється, що люди повільно вбивають себе, не усвідомлюючи власних згубних намірів. Спосіб життя цих людей є рухом

у бік саморуйнування. В основі таких небезпечних навичок, як ігнорування серйозних хвороб, переїдання, надмірна робота або хронічне паління, лежать ті ж психічні сили, що штовхають людину до стрибка униз із хмарочоса. Тому вчені приділяють величезне значення з'ясуванню психологічних умов і мотивів самогубства з тим, щоб допомогти виявленню і розумінню людей із суїцидальними тенденціями.

Життєва криза, може призвести до часткової або навіть повної втрати сенсу життя, створюючи реальну загрозу життю людини. Кризовий стан виникає при неможливості подолати перешкоди для досягнення життєво важливих цілей засобами, які були сформовані протягом попереднього вікового етапу.

Перебуваючи у кризовому стані, особистість переживає такі негативні емоції, як відчуття невизначеності, занепокоєння, тривоги аж до дезорганізації, фіксованості на психотравмуючій ситуації, власної неспроможності, самотності, безнадійності. Це призводить до песимістичної оцінки власної особистості, актуальної ситуації і майбутнього, до труднощів у плануванні діяльності.

Інтенсивність кризи може зростати поступово, з підвищенням конфліктної напруги, посиленням негативних емоцій і можливим переходом до суїцидальної поведінки за механізмом "останньої краплі". Кризовий стан у своєму розвитку проходить декілька стадій. Перехід від однієї стадії до іншої відбувається поступово; разом з тим кожна стадія кризи характеризується властивими їй емоціями, думками, комунікативними особливостями поведінки. Найбільш суїцидонебезпечною є стадія дезорганізації, коли у пацієнта формується уявлення про непереборність становища, що виникло. В цей період різко посилюється суб'єктивне переживання афективної напруги, тривоги або суму, виснажуються механізми психологічного захисту, зростає прагнення "за будь-яку ціну" врятуватися від інтенсивних негативних емоцій.

Психологічна допомога при втраті сенсу життя, виникненні суїцидальних форм поведінки повинна бути спрямована на стимулювання особистісної активності у відтворенні гармонійної структури життєвого світу і поліпшення адаптації до навколишнього середовища.

Готовність до самогубства завжди супроводжується сильними переживаннями. Людина, що має суїцидальні наміри та думки, часто перебуває у стані надмірного психічного напруження, яке сама подолати не може. Тому вона потребує кваліфікованої психологічної допомоги.

Як саме виникають суїцидонебезпечні форми поведінки? Еміль Дюркгейм першим вказав на важливість вивчення соціального контексту самогубства. В соціологічному етюді "Самогубство" (1897) він стверджував, що самогубство може бути краще пояснено як реакція людини на особливості суспільства, в якому вона живе.

Відповідно до його теорії існує три види суїцидів. Перший вид — егоїстичні, коли саморуйнування пояснюється тим, що індивід відчуває себе відчуженим і роз'єднаним із суспільством, родиною і друзями. Другий вид самогубств — аномічні, що виникають, якщо людина зазнає невдачу в адаптації до соціальних змін. Останнім типом є альтруїстичні самогубства, коли індивід жертвує собою на благо суспільства.

З.Фрейд є автором найбільш ранньої спроби психологічного розуміння суїциду. Його роботу “Сум і меланхолія” присвячено теорії суїциду. Фрейд виділяє два види потягів. Один з них — інстинкт життя, Ерос, інший — це потяг до смерті, руйнування, агресії, Танатос. Згідно з його теорією, існують постійні коливання між силою цих двох протилежних інстинктів. Суїцид і убивство являють собою прояв імпульсивного і руйнівного впливу Танатоса. Убивство — це агресія, що спрямована на інших, а суїцид є агресією, спрямованою на себе. Суїцид, по суті, є вбивством навпаки, він так само, як і вбивство, не може бути виправданий.

Карл Меннінгер самогубства виділив три складові суїцидальної поведінки. Для того, щоб вчинити самогубство, по-перше, необхідно мати бажання убити; по-друге, необхідно відчувати бажання бути вбитим. Останньою складовою спонування є бажання померти.

Торкаючись питання про самогубство, К.Г. Юнг вказував на нездане прагнення людини до духовного переродження. На його думку, це може стати важливою причиною смерті від власних рук. Здійснюючи самогубство, людина бажає втекти від нестерпних умов життя, а також прагне до метафоричного повернення в череву матері. Тільки після цього людина може перетворитися в дитину, яка знову народжується у беззахисності. Як приклад, Юнг наводить відомий архетип Розп'яття: після смерті людину очікує винагорода, яка виявляється у новому житті шляхом воскресіння.

На відміну від Юнга, Карен Хорні приділяла велике значення соціальному оточенню як одному з головних факторів суїциду. Вона вважає, що культура, релігія, політика та інші суспільні сили викривляють розвиток особистості дитини. Суїцид може виникнути як наслідок дитячої залежності, почуття неповноцінності або того, що Хорні називає “ідеалізованим образом”, наявним у людини про саму себе. Хорні вважає, що суїцид є результатом сполучення внутрішніх характеристик особистості і факторів навколишнього середовища.

За А.Г. Амбрумовою, суїцидальна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах переживання мікросоціального конфлікту.

Таким чином, суїцидальна поведінка — це будь-які внутрішні і зовнішні психічні акти, обумовлені думками та уявленнями про власну смерть і спрямовані на саморуйнацію.

Прийнято розрізняти істинні суїциди від демонстративно-шантажних форм поведінки. Мета істинних самогубств, намірів і тенденцій — це позбавлення себе життя. Як кінцевий результат припускається смерть, але ступінь дійсно бажаної смерті дуже різний. В демонстративно-шантажній суїцидальній поведінці людина не ставить за мету позбавлення себе життя, а лише бажає вплинути на оточуючих, привернути хоча б таким чином до себе увагу, вирішити конфлікт на свою користь. Самопошкодження взагалі не спрямовуються уявленнями про смерть. Їх ціль обмежується лише травматизацією того або іншого органу.

Головною ознакою таких явищ як завершений суїцид, суїцидальна спроба, демонстрації та імітації суїциду, а також суїцидальних намірів, задумів, погроз виступає ідея смерті, яка в окремих випадках лише декларується, а в інших є дійсним регулятором поведінки суб'єкта (Жабокрицький С.В., 1996).

Але загальною рисою для реальних та потенційних суїцидентів є наявність соціально-психологічної дезадаптації особистості, яка або призводить до формування суїцидальних тенденцій та здійснення суїциду, або виявляється потенційно суїцидонебезпечною. У всіх суїцидентів, незалежно від їх діагностичних показників (психічно хворі, особи з межовими нервово-психічними розладами та практично здорові у психічному відношенні), виявляють об'єктивні та суб'єктивні ознаки соціально-психологічної дезадаптації особистості (Амбрумова А.Г., 1996).

Показниками об'єктивної дезадаптації є зміни поведінки людини у середовищі найближчого соціального оточення, а також обмеження можливості суб'єкта успішно виконувати свої соціальні функції.

Суб'єктивна дезадаптація — це широка гама психологічних зрушень — від негативних переживань (тривога, горе, образа, душевний біль, сором, злість, гнів, обурення) до клінічно виражених психопатологічних синдромів (астенія, дистімія, депресія, дисфорія та ін.).

Соціально-психологічна дезадаптація особистості має кілька рівнів, які можна зіставити з формуванням певних форм суїцидальної поведінки. При оцінюванні складності соціально-психологічної дезадаптації особистості до середовища необхідно брати до уваги такі три основні компоненти:

- 1) серйозність порушень звичних умов життя індивіда;
- 2) інтерпретація умов життя, які змінилися (життєвий криз, безвихідна ситуація, особистісна катастрофа або міжособистісні конфлікти);

3) бажання чи готовність індивіда виявляти зусилля щодо пристосовування до нових умов життя, його “згода продовжувати життя”, або “волю до життя”. Два останніх компоненти найсуттєвіші в прийнятті суїцидального рішення.

Неабияке значення для прийняття суїцидального рішення має суїцидогенний конфлікт, що складається з двох або кількох по-різному спрямованих тенденцій. Одну тенденцію складає актуальна в даний момент потреба людини, а іншу — тенденція, яка перешкоджає її задоволенню.

Суїцидогенний конфлікт може бути внутрішнім (інтраперсональним) або зовнішнім (інтерперсональним), але найчастіше має змішаний характер. При виборі адекватних напрямків психологічної корекції, спрямованих на ліквідування конфліктних відносин, необхідно враховувати, що суїцидальні конфлікти в процесі свого розвитку можуть підлягати генералізації, трансформації або перенесенню. Кожна людина переживає конфлікти у різні періоди свого життя, але розв'язання конфлікту завжди залежить від значущості тієї сфери, в якій він відбувається (вітальна, особистісна, інтимна, сімейна, професійна, адміністративно-правова, абстрактна або фантастична) і від резервів адаптації.

Отже, в умовах неможливості змінити конфліктну ситуацію різко зростає імовірність суїциду як засобу самоусунення від продовження подальшої діяльності. Таким чином, суїцидогенний конфлікт, як і дезадаптація, проходить дві фази: предиспозиційну і суїцидальну.

Предиспозиційна фаза є лише передумовою суїцидального акту. Вона може бути викликана різноманітними причинами: реальними (у практично здорових осіб); психотичними (псевдореальними) в патологічних переживаннях; причинами, які відбивають дисгармонійну структуру особистості (межова патологія). Друга фаза конфлікту, суїцидальна, являє собою процес усунення конфлікту шляхом саморуйнування суб'єкта.

Для надання ефективної психологічної допомоги і підтримки людині, яка переживає конфлікт, треба враховувати, що предиспозиційна фаза дезадаптації та конфлікту переходить до суїцидальної через “критичний пункт”, який має такі основні риси:

а) значуще обмеження кількості відомих суб'єкту засобів рішення даного конфлікту;

б) суб'єктивна оцінка відомих засобів як неефективних або невопустимих.

Внаслідок цього конфлікт набуває характеру невирішення проблеми, і різко зростає імовірність виникнення суїцидальної поведінки.

Але головним фактором прийняття суїцидального рішення є етап особистісної переробки конфліктної ситуації. Так, суїцидальну по-

ведінку завжди обумовлено системою особистісних характеристик суб'єкта і особливостями його взаємин з навколишнім соціальним середовищем.

Для правильної діагностики причин і мотивів суїцидальної поведінки та вибору адекватних напрямків корекції і ліквідації конфліктних відносин необхідно враховувати глибину суїцидальних феноменів, а також готовність суб'єкта до переходу від внутрішніх до зовнішніх форм суїцидальної поведінки, які підкоряються загальним закономірностям побудови людської предметної діяльності.

Внутрішні форми суїцидальної поведінки містять у собі суїцидальні думки, уявлення, переживання, а також суїцидальні тенденції, які поділяються на задуми і наміри. Зовнішні — містять суїцидальні спроби й завершені суїциди.

Суїцидальна спроба — це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, яке не закінчилося смертю.

Яким чином ця спроба може перетворитися на справжній суїцид?

Перший ступінь — це пасивні суїцидальні думки, які характеризуються уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті, але ж не на тему позбавлення себе життя. Вони виникають час від часу в кожній людині. У більшості випадків ці думки відкидаються, замінюються антисуїцидальними уявленнями, і у подальшому житті людина до них більш не повертається. Але у деяких випадках суїцидальні думки постійно з'являються у конфліктних ситуаціях, при тяжких соматичних захворюваннях, при алкогольному сп'янінні. У хворих на невроз суїцидальні думки можуть набувати нав'язливого характеру і виникати поза їх бажанням.

Другий ступінь — суїцидальні задуми як активна форма прояву тенденції до самогубства, глибина якої зростає разом із розробкою плану його здійснення. Детально обмірковуються засоби суїциду, час і місце дії.

Третій ступінь — суїцидальні наміри, коли до задуму приєднується ще й вольовий компонент, який спонукає до безпосереднього переходу планів у реальну поведінку.

Мотиви суїцидальної поведінки

Як виникає у людини ідея про самогубство? Яким чином відбувається прийняття суїцидального рішення? Які мотиви спонукають до нього? Ці та інші питання продовжують залишатися дуже складними для відповіді.

Найбільш загальним мотивом суїцидальної поведінки є самотність, яка має кілька рівнів прояву — від почуття, що раптово виникло

хронічного переживання особистості. Існують дуже різні форми самотності: незадоволена потреба у батьківській любові; почуття безпорадності та неповноцінності (у людей похилого віку), покинутості, відчуття емоційної пустоти; прагнення до поваги та ін.

Проблему самотності робить актуальною постійне зростання кількості суїцидальних спроб серед самотніх людей, біженців та безробітних. Вирішальне значення для виникнення відчуття самотності відіграють різні кризові ситуації і певні властивості особистості (наприклад, нестійка самооцінка). У людей, які переживають самотність, виявляються негаразди в комунікативній сфері, що залежить від рівня та характеру їхньої соціалізації, ступеню включення індивіда в значущу соціальну групу. Всі ці умови перешкоджають формуванню задовільної системи взаємовідносин, внаслідок чого виникає так звана хронічна самотність.

У суїцидологічній практиці доводиться стикатися з випадками руйнування особистісних зв'язків, котрі призводять до вимушеної самотності. Це може бути раптова смерть близьких, перервані любовні стосунки, висококонтрактні взаємини в родині, сварки з близькими друзями і родичами. Також висока суїцидологічна небезпека спостерігається у людей похилого віку, які відчувають самотність. Вони мають песимістичний світогляд та стійку впевненість у тому, що смерть є єдиним виходом із кризової ситуації. (Амбрумова А.Г., 1996.)

Необхідність розробки ефективної суїцидологічної допомоги особам, які знаходяться у кризових ситуаціях, зокрема в стані переживання самотності давно назріла.

Суїцидальні мотиви можна поділити на дві групи — мотиви неблагополуччя (самотність, тяжке життя, втрата близьких та люблячих людей) та мотиви конфлікту. Мотивам неблагополуччя відповідають "монологічні" суїциди, тобто суїцидальні спроби є результатом внутрішнього монологу або міркування про сенс життя. У даному випадку людина, яка збирається здійснити самогубство, не розраховує на підтримку інших людей і не звертається до них за допомогою. В таких випадках суїцид виступає як самопокарання або відмова від життя, що свідчить про повну капітуляцію особистості.

Мотиви конфлікту найчастіше простежуються у "діалогічних" суїцидах, де суїцидальні вчинки адресовані якійсь конкретній особі або суспільству взагалі. Головною метою таких суїцидів є вираження протесту, заклик про допомогу, уникнення страждання.

З точки зору суїцидологічного прогнозу "монологічні" суїциди найбільш небезпечні, на відміну від "діалогічних", та менш доступні для надання психологічної допомоги. У першому випадку людина зводить рахунки зі своїм життям, вона не вірить, що життя може поліпшитися і не очікує на допомогу оточуючих. У другому випадку

суб'єкт зводить рахунки з іншими людьми та активно веде боротьбу за своє життя.

Економічні умови життя, родинний стан, расова або релігійна належність призводять до емоційного напруження у різних життєвих ситуаціях. Неабияке значення мають географічна, соціальна або емоційна ізоляція. Особистість втрачає свої життєві корені через послаблення соціальних зв'язків, та ймовірність суїциду значно зростає. Прямий зв'язок із суїцидом має міграція, спричинена із втратою роботи або виходом на пенсію, що знижує соціальний статус людини.

Розуміння соціальних факторів, що призводять до самогубства, може бути дуже корисним при оцінюванні суїцидального ризику, а також для проведення психокорекційних дій.

Мотиви змінюються не лише залежно від соціокультурного середовища, але й від віку: кожний вік має свої специфічні проблеми та труднощі.

Виявляється, що велика частка самогубств доводиться на підлітків або молодь у перехідному віці, тобто на пубертатні суїциди, які здійснюються в пору статевого дозрівання.

Звідки така особливість? Чому підлітки, що майже не стикнулися з життям і не встигли у ньому розчаруватися, оскільки не мали досить часу, щоб його пізнати, так схильні зробити фатальний крок? Здавалося б, навпаки, дорослі люди, які розчарувалися в житті, повинні були б лідерами в цій жахливій справі, або душевно хворі, наркомани і соціально принижені. Однак беруть першість саме підлітки, причому часто з вельми благополучних сімей.

Мотиви і причини, що штовхають підлітка до здійснення самогубства, необхідно шукати в глибинах його духовного світу. На думку Юнга, всі культурні і соціальні аномалії необхідно розглядати в світлі давніх архетипів (*Юнг К.Г.*, 1991, с.1).

Практично у всіх архаїчних товариствах період статевого дозрівання розглядався як найважливіший момент життя людини. Це час, коли підліток стикається з найважливішою миттю свого життя, з моментом ініціації. Ініціація — це ритуал, в якому член архаїчної общини переходить від безвідповідального, природного, інерційного існування (дитинства) до нового життя. Він стає повноправним членом колективу. Підліток в ході цього ритуалу вмирає для тваринного життя і знов народжується для “нового життя”. Він стає “ новою людиною”. Ініціацію у традиційному суспільстві проходять всі його члени, вона лежить в основі будь-якої професії.

Отже, прагнення до ініціації є глибинним імпульсом найбільш архаїчних аспектів людської душі. Це — спадщина предків, елемент “колективного несвідомого”, який всі ми носимо всередині. Підлітковий романтизм, екстремізм, радикалізм, віра в добро, мрії про “чарівну

“принцесу-чарівного принца” — все це не наївні штампи, які нав'язані ліберальною культурою, та не перехідні відхилення. Якраз навпаки. Саме підлітки несуть у собі таємну пам'ять про те, як повинні йти справи в традиційному суспільстві, де доросле життя — не нудна рутинна прагматика, а безперервна співучасть у міфі, казковій реальності безперервного кругообігу. У цьому кругообігу грань між нормальним й наднормальним, звичайним і чудовим, людським і божественним стерта, розмита. У цьому і є значення сакрального. Саме воно загублене у нашому житті й постійно говорить про себе у жахливій статистиці дитячих і підліткових самогубств.

Оскільки сьогодні немає ритуалів ініціації та сакральних обрядів, то замість умовної смерті та сакральної драми все кінчається смертю тотальною, після якої не існує нового народження. Передчуваючи, що міфологічний період буття закінчується, деякі найбільш чутливі діти переживають це настільки гостро, що не можуть прийняти недосконалу усічену реальність дорослих. Тут ми говоримо про глибоко обґрунтований вибір, про систему цінностей і установок, які йдуть корінням до самих внутрішніх сфер людської душі. Дарма що свідомість людини не здатна адекватно сформулювати ці імпульси, підібрати до них правильні назви, збудувати логічний ланцюг.

Серед основних мотивів суїцидальної поведінки молоді виділяють шкільні проблеми, боротьбу за автономію, невдалі пошуки майбутніх шлюбних партнерів, переживання втрати взаємовідносин через нещасну любов, подружні конфлікти, навіть зміну місця проживання. Нема якоїсь однієї причини, через яку підліток позбавляє себе життя, але провідним фактором підліткових суїцидів є переважання почуттів безнадійності та безпорадності. У такий критичний період підліткові здається, що проблеми не мають вирішення у майбутньому. Для цих ситуацій характерним є переживання рантової катастрофи, втрата психологічної підтримки та прихильностей.

Причиною самогубства у студентів може стати складність адаптації до нових умов, відсутність захищеності, комунікативні труднощі, різке падіння самооцінки під час навчання, скупченість у гуртожитку, неможливість побути віч-на-віч із собою, своїми проблемами, ранні шлюби. Особисте життя втрачає свою “недоторканість”, стає темою для обговорення. Суїцид — заразне явище, на нього може виникнути мода, особливо коли з життя йдуть кращі, ті, кого поважають (смерть услід за кумиром). Також суїцидальна поведінка може бути пов'язана із жорстокістю, насильством, знехтуванням або занедбаністю у сім'ях.

У зрілості до суїциду найчастіше призводить депресія. Саме у віці від 40 до 60 років з'являється зайва вага, облісіння, або погіршується зір. Страх стати сексуальною неповноцінними звичний для

більшості чоловіків після 40 років. Депресія зрілого віку часто буває сполученою з самогубством. Разом з тілесними змінами відбуваються і зміни психологічні. Ще одним джерелом тривалого дистреса, кризи середини життя може стати подружня зрада і розлучення. Почуття розчарованості може стосуватися не лише сімейного життя, але й фахової кар'єри. Рівень самогубств під час переживання кризи середини життя підвищується. Кількість суїцидів серед людей, що старіють, вищий, ніж у будь-якому іншому віці. Щорічно більше 20 тис. американців старіше 60-ти років зводять рахунки з життям. У процесі старіння одні втрати призводять до інших: погіршення тілесного здоров'я, зниження активності, зменшення можливості заробляти собі на життя, втрата незалежності, порушення взаємовідносин з родиною та друзями, фізична та соціальна ізоляція, психічні розлади та депресія.

Аналізуючи мотиви суїцидальної поведінки, які виникають у різні періоди життя особистості, можна зробити висновок, що найбільш сприятливим для здійснення самогубства є життєвий період, коли особистість звертається до визначення сенсу життя та переглядає найістотніші цінності: це може бути юнацтво або похилий вік, це відбувається під час кожної чергової життєвої кризи.

Ризик суїцидів дуже високий у хворих на алкоголізм. Це захворювання має відношення до 25-30% самогубств, а серед молодих людей ця цифра сягає 50%. Тривале зловживання алкоголем сприяє підсиленню депресії, почуття провини і психічного болю, що дуже часто передує суїцидальному актові. П'яниці нерідко почувають себе позбавленими любові навколишніх. Вони випивають для того, щоб притупити свій біль. І дійсно, у певних дозах алкоголь ніби полегшує сприйняття ситуації, надає сміливості та оптимізму. Але вживання спиртних напоїв не позбавляє від страждань, а, навпаки, сприяє виникненню депресії, після цього людина почуває себе ще більш пригніченою і винною, що стає приводом для нового вживання алкоголю.

Часте вживання алкоголю сполучається з прийняттям транквілізаторів або героїну як у прямих суїцидальних цілях, так і випадково. Наркотики теж сприяють зняттю напруги, тимчасовому відволіканню від страждань. Наркотики й алкоголь являють собою відносно летальну комбінацію, яка послаблює мотиваційний контроль над поведінкою людини, загострює депресію, може викликати психоз. Наркоманія і суїцид тісно пов'язані між собою. Тривале вживання наркотиків та їхній вплив на організм, як і загальний стиль життя наркоманів в цілому, значною мірою спрямовані на саморуйнування, незалежно від усвідомлення цих намірів.

Нещодавнє дослідження хворих наркоманією у великих американських містах підтвердило уявлення про те, що наркотики є одним з найпоширеніших засобів учинення самогубств. Більшість наркоманів, мо-

люди похилого віку, інші потенційні самогубці почувають, що їх ніхто не любить і самі не люблять нікого (Суїцид, 1994).

Дослідження, які проводилися Суїцидологічним центром, показують, що вік і стать є значними характеристиками при розподілі самогубств і замахів на самогубство. Сьогодні співвідношення чоловіків та жінок, які зводять рахунки із своїм життям, складає 4:1, а з віком цей показник зростає до 6-9 самогубств чоловіків на одне жіноче. Існує думка, що самогубства жінок — це реакція на романтичні або сімейні проблеми, які найчастіше виникають у молоді роки. Самогубства чоловіків — це скоріше відповідь на серйозні життєві проблеми — втрата роботи, фінансового благополуччя, соціального стану.

На думку А.Кони, ще одним значним фактором є пора року. Найбільше самогубств реєструються навесні, коли людські нещастя контрастують з цвітінням навколишньої природи. Може, це трапляється тому, що тьмяні фарби зими в якійсь мірі гармонують з душевною пригніченістю, а між похмурими переживаннями “Я” та яскравими днями весни виникає явний контраст. Різка невідповідність весняного світу, його радіє, та відчайдушного стану душі може спровокувати самогубство.

Також суїциди частішають під час різдвяних свят. Для деяких людей акт суїциду може бути спробою повторного народження. Різдво є прекрасною можливістю прояву особливого “святкового синдрому”, для якого характерним є бажання воскресіння, нового народження, як це трапилося з Ісусом, і чарівного вирішення всіх складних життєвих проблем.

Спостереження показують, що в дійсності водночас взаємодіють і переплітаються декілька мотивів самогубства: сімейні проблеми, стан здоров'я, ревності, самотність, ділова зайнятість та ін.

Ділова зайнятість людини або її фахова належність відіграють свою роль у можливому самогубстві. Статус керівника та праця, яка пов'язана з підвищеною відповідальністю, можуть викликати нестерпні емоційні хвилювання, особливо у менеджерів великих корпорацій. У світі швидкого технологічного прогресу у великих корпораціях відбуваються виробничі зміни, і службовці можуть зіткнутися з ліквідацією раніше стабільної посади. У відчаї особистість може реагувати на ці зміни соматичними розладами, сімейними конфліктами, алкоголізмом або, зрештою, здійсненням суїциду.

На щастя, у кожного з нас існують і так звані антисуїцидальні мотиви, тобто мотиви, які можуть зупинити людину з суїцидальними тенденціями від суїцидального акту. Серед них найбільш типовими є небажання викликати переживання горя, почуття провини у близьких людей, почуття обов'язку по відношенню до власних дітей або батьків, уявлення про ганебність або гріховність суїциду; наявність не-

здійснених, але дуже значущих планів; побоювання фізичних страждань; любов до життя.

Ці мотиви завжди виникають у свідомості людини, що перебуває у кризовому стані, і мають різну глибину. Вони більш чітко виявляються в імітаціях суїциду, коли з метою викликати співчуття демонструється лише суїцидальна спроба без дійсного бажання вмерти. Амбівалентний характер свідомості суїцидентів відображає внутрішню боротьбу мотивів про- і антисуїцидального напрямку тому, що прийняття суїцидального рішення є результатом взаємодії цих мотивів.

Суїцидальне рішення приймається людиною в момент переживання нею стресового ситуаційного навантаження. В умовах стресової ситуації людина втрачає всі перспективи життя, та під загрозою опиняється її виживання в цілому. Американські дослідники до найбільш серйозних стресових ситуацій відносять наявність хронічної або смертельної хвороби, наприклад, СНІДу; економічні негаразди; смерть близьких або сімейні проблеми. Але ж сама ситуація не має відверто суїцидально небезпечний характер, незважаючи на те, як часто вони траплялися в житті індивідів. Її суїцидальність визначається готовністю особистості сприйняти та розцінити її як таку. Подібна готовність залежить від динаміки особистісних цінностей і форм реагування на подразники зовнішнього світу, від системи поведінки і форм діяльності. Характерних для даної особистості. Не слід також забувати, що сам характер діяльності та поведінки формується й під впливом соціальних умов, в яких ця діяльність здійснюється.

Таким чином, враховуючи попередні висновки, ми визначаємо такі найбільш суїцидонебезпечні групи населення: молодь з порушеннями у сфері міжособистісних стосунків люди, що зловживають алкоголем або наркотиками; які відрізняються девіантною та кримінальною поведінкою; гомосексуалісти; в'язні у тюрмах; люди зрілого віку, фрустровані внаслідок невідповідності між очікуваними успіхами у житті й дійсними досягненнями; люди похилого віку, які страждають від хвороб або покинуті оточуючими.

Фахівці, що надають психологічну допомогу цим групам, їхні близьки та друзі повинні дуже ретельно підходити до здійснення профілактичних дій, уникаючи імпульсивних висновків. Треба усвідомлювати, що особистість, закликаючи на допомогу, очікує активного, тривалого втручання і емпатійного відгуку на життєву кризу, в котрій вона перебуває.

Виділяють такі фактори ризику та головні мотиви суїцидальної поведінки у осіб, які найбільш схильні до самогубства:

- 1) попередні спроби самогубства;
- 2) суїцидальні погрози, прями або замасковані;
- 3) суїциди у родині;

- 4) алкоголізм, хронічне вживання наркотиків та токсичних речовин;
- 5) афективні розлади, особливо важкі депресії;
- 6) хронічні або смертельні хвороби, наприклад СНІД;
- 7) тяжкі втрати, наприклад смерть чоловіка;
- 8) сімейні проблеми: залишення сім'ї або розлучення;
- 9) фінансові проблеми — втрата роботи, банкрутство.

Соціологи і психологи згодні, що самогубство виникає, якщо у людини з'являється почуття відсутності прийнятної шляхи до гідного існування. Не існує якоїсь однієї причини, через яку людина позбавляє себе життя.

Фактори, які передують суїциду, у кожної людини мають особистісне значення, тому не виявлено єдиного причинного фактора суїцидальної поведінки. Самогубство не виникає раптово, імпульсивно, непередбачено або неминуче. Майже кожний, хто всерйоз думає про самогубство, так чи інакше дає зрозуміти навколишнім про свій намір.

Суїцидальними людьми керують амбівалентні почуття. Особистість відчуває безнадійність і в цей же час сподівається на порятунок. Дуже часто аргументи за і проти самогубства настільки зрівноважуються, що ваги нахилляться у бік вибору життя, якщо близькі люди проявлять тепло, піклування і прозорливість. І навпаки, іноді вискачує випадкової репліки, щоб людина здійснила свої суїцидальні наміри.

Психологічна підтримка суїцидента та профілактика небезпечних станів

Проблема профілактики та реабілітації суїцидальної поведінки у нашій країні є досить актуальною і потребує здійснення комплексних превентивних заходів, які повинні проводитися об'єднаними зусиллями психологів, психіатрів, соціологів, соціальних працівників, педагогів та юристів. І для того, щоб надати потенційним самогубцям ефективний зритулок, поки не зникнуть руйнівні імпульси, були організовані центри профілактики самогубств. Вони є місцем, куди людина у відчаї може звернутися, якщо все інше здається втраченим.

Перші центри профілактики самогубств були створені в Англії в 1774 році під керівництвом Королівського гуманітарного товариства, метою якого було запобігання самогубств. У США Національна ліга рятування життя постала тільки через 133 роки, у 1907 році. Її заснував священик Генрі Уоррен після невдалої спроби допомогти суїцидальному пацієнтові. Рух превенції суїцидів у США дістав ще більшого суспільного резонансу, коли Національний інститут психічного здоров'я у 1966 році заснував Центр дослідження та про-

філактики суїцидів. Пізніше два клінічних психологи Едвін Шнейдман і Норман Фейбероу — заснували у Лос-Анжелосі Центр профілактики суїцидів, який сьогодні є одним із найвідоміших закладів світу. Персонал складається із психологів, психіатрів, соціальних працівників та великої кількості ретельно відібраних волонтерів.

З того часу в США було створено більш ніж 200 програм профілактики суїцидів. Кожна програма превенції суїцидів складається з наступних частин:

- цілодобова доступність потребуючим допомогу;
- активний пошук людей із груп суїцидального ризику;
- виявлення та спостереження за особами, які здійснювали замах на самогубство;
- служби невідкладної телефонної допомоги;
- консультативні служби для населення;
- масові освітні програми, спрямовані на знання ознак можливо-го самогубства;
- добова госпіталізація або програма амбулаторної служби;
- “дім на півдорозі” для суїцидентів (денний стаціонар);
- програма часткової госпіталізації у вечірній час, яка дозволяє хворим ходити на роботу;
- невідкладна служба психіатричної допомоги, яка включає превенції та інтервенції суїцидів;
- амбулаторна служба;
- програма невідкладних відсилань до лікарів, юристів та агенств з різних видів допомоги.

У країнах колишнього також діють центри суїцидології. У Москві, наприклад, розробляється програма антисуїцидальної психотерапії, яка спирається на основну концепцію суїциду, що охоплює сферу соціально-психологічної адаптації, преклінічний і клінічний рівні при-межових нервово-психічних розладів. Дана психотерапевтична програма зорієнтована на купірування суїцидальних тенденцій, на підвищення рівня адаптації суїцидентів з метою профілактики повторних суїцидів. Її розроблено у формі індивідуальної, групової та сімейної психотерапії. Проводиться робота з модифікації для суїцидологічної практики таких методів психотерапії, як гіпноз, аутотренінг, рольовий тренінг.

Суїцидологічна служба у Києві включає різноманітні “телефони довіри”, кризові стаціонари, які діють при психоневрологічних лікарнях, анонімні кабінети соціально-психологічної допомоги. Робота всіх ланок служб побудована на єдиній організаційній основі, що забезпечує комплексний підхід та можливість ведення пацієнтів на всіх етапах суїцидологічної превенції.

За даними останніх досліджень, “телефон довіри” стає однією з головних форм психологічної підтримки. Найчастіше до цієї служби довіри звертаються особи, які опинилися у кризових ситуаціях.

Профілактика суїцидів повинна об'єднувати кабінети невідкладної психіатричної допомоги в лікарнях загального профілю, центри психічного здоров'я, психіатричні лікарні, церковні консультативні центри, антисуїцидальні бюро, служби телефонної психологічної допомоги, центри лікування отруень та центри психологічної підтримки та допомоги.

Робота з людьми з високим суїцидальним ризиком ставить своїм завданням надання дружньої допомоги (біфрендингу) і кризової інтервенції: головне — не робити спроби зміни структури особистості людини і не намагатися вилікувати її нервові-психічні розлади, а просто утримати людину живою. Це перша і необхідна умова, без якої всі інші зусилля психотерапії та методи надання допомоги не зможуть бути ефективними.

Велике значення для проведення суїцидальної превенції має первинна профілактика суїциду. Її мета — навчати та попереджати населення про те, що суїцид може трапитися з кожною людиною, що існують різні ознаки самогубства, які не важко впізнати, і що за допомогою потрібно звертатись у спеціальні служби, про роботу яких ми ще будемо розповідати.

Основним завданням первинної профілактики є розповсюдження інформації, яка особливо торкається ознак самогубства, в школах, або в засобах масової інформації, підвищення освітнього рівня населення. Вагому роль у проведенні суїцидальної превенції відіграє турбота і психологічна підтримка з боку рідних, друзів і знайомих, а також самопомога. Суїциденти страждають від сильного почуття соціальної ізоляції та відчаю. Вони потребують обговорення свого болю, фрустрації, розуміння власних проблем. Іноді людині, що перебуває у кризовій ситуації, потрібен лише уважний добрий слухач.

Рідні та друзі повинні сприймати суїцидента як особистість, намагатися визначити витoki психологічного дискомфорту, пропонувати альтернативні вирішення проблеми. Емоційні проблеми, які призводять до суїциду, рідко повністю вирішуються, і головне завдання рідних та друзів — не залишати суїцидента наодинці, доки людина повністю не відступується до життя.

Коли всі інші форми підтримки зазнали поразки, і людини, наприклад, не стало, важливо надати допомогу родині суїцидента. Близькі, які пережили самогубство, часто відчують себе більш утягнутими в ситуацію, ніж з приводу інших обставин смерті. Той факт, що людина пожелала вмерти, відіграє у цій драматичній колізії величезну

Для сімей і друзів суїцидентів у США існують групи самопомоги. Головною метою таких груп є надання допомоги та підтримки сім'ям померлих, обмін досвідом після кризи, створення важливих міжособистісних взаємин, відкриття нових перспектив подальшого життя.

Суїцидальна інтервенція (допомога при потенційному суїциді) являє собою процес, спрямований на відвернення акту саморуйнування. Вона передбачає особистісний контакт з людиною, яка перебуває у відчаї та надання їй емоційної підтримки й співчуття у переживанні психологічної, соціальної або екзистенційної кризи.

У системі профілактичних дій, спрямованих на попередження самогубств у осіб з примежовими розладами і практично здорових, найважливіше місце займають психотерапевтичні дії. У багатьох випадках вони стають єдиною необхідним видом допомоги пацієнтам, які знаходяться у суїцидальних станах. Усвідомлення дійсних масштабів даного феномену призвело до відмови від розгляду проблеми самогубства тільки в медичних категоріях.

Сучасний підхід потребує аналізувати це явище в єдності соціальних, правових, психологічних, психіатричних і педагогічних аспектів, акцентуючи увагу саме на психологічних проблемах. Дуже складною є проблема визначення засобів та методів психологічної превенції.

Вибір адекватних профілактичних засобів залежить від розуміння причин виникнення суїцидального феномена, від визначальних факторів, які є найтипівішими для суїцидальної поведінки.

Проблема суїцидальної превенції, реабілітації особистості після замаху на самогубство, попередження повторних суїцидів має ряд особливостей, пов'язаних із статеві-віковою своєрідністю клієнтів. Конкретно в психологічній реабілітаційній роботі можна виділити наступні (крім медикаментозної терапії, якщо вона потрібна) основні заходи: індивідуальна психотерапія; сімейна психотерапія; соціальна допомога.

Усі суїциденти проходять психологічне обстеження, яке спрямоване на вирішення кількох задач:

диференційна діагностика; виявлення характерологічних особливостей, особистісних проблем, типу реагування, особливостей самооцінки та самосвідомості та ін., тобто, особистісна діагностика, діагностика сімейних стосунків.

Для того, щоб зрозуміти суїцидальних людей, потрібно добре знати їхнє сімейне життя, оскільки воно відбиває емоційні порушення у членів родини. Від особливостей сімейного оточення залежить, чи з'явиться у них потенціал саморуйнування.

Суїцид не можна серйозно вивчати поза контекстом соціального оточення конкретної людини. Обов'язково варто брати до уваги актуальні потреби, цілі і прагнення близьких. Важливо розуміти

не тільки переживання суїцидального індивіда, але й емоційний клімат родини. Переживання є одним із найголовніших показників можливості суїциду. Будь-який раптовий особистісний конфлікт завжди є серйозним попередженням.

Індивідуальна психотерапія для неповнолітніх має ряд особливостей. В профілактичній роботі часто використовується метод раціональної психотерапії, який адресується перш за все до свідомості підлітка та розрахований на активну, усвідомлену перебудову взаємостосунків в мікросоціумі. Сімейна психотерапія містить у собі з'ясування особливостей ставлення батьків до підлітка; виховні впливи, які застосовуються в родині; аналіз сімейної ситуації очима самого підлітка, ступінь психологічного комфорту підлітка в родині.

Також психотерапія підлітків нерозривно пов'язана з педагогічними заходами. Нерідко в практиці використовується опосередкована психотерапія. Посередником, провідником психотерапевтичного впливу виявляється емоційно значуща особа із найближчого оточення однолітків. Вибір методу психотерапії визначається, з одного боку, характерологічними особливостями підлітка, а з другого — етапом ведіння суїциденту, ступенем напруги конфлікту, його суїцидонебезпечністю. В діагностичних цілях використовуються опитувальники для виявлення дитяче-батьківських відносин, дитяче-батьківський варіант репертуарного особистісного семантичного диференціалу зі спеціальним набором інструкцій.

Сьогодні допомога суїцидологів повинна виражатися переважно в активному пошуку нових, досконаліших мір суїцидальної превенції. В першу чергу необхідно приділяти увагу психотерапевтичному підходу до осіб у стані життєвої кризи, що у різні вікові періоди потребують кваліфікованої соціально-психологічної допомоги.

Психологічна допомога і підтримка при виникненні суїцидальних форм поведінки повинна бути спрямована на подолання проблем з адаптації до навколишнього середовища, а також набуття звичок конструктивного виходу з кризових станів. Відомо, що людина, перебуваючи у стані надмірного психічного напруження, потребує кваліфікованої психологічної допомоги.

При проведенні діагностичної роботи психолог приділяє основну увагу "особистісній діагностиці". З цією метою використовуються такі методики, як ПДО А.Є.Лічко, проєктивні методи (Роршах, Люшер), самооціночні шкали та ін.

На прикінці слід зауважити, що в умовах сучасної соціально-економічної кризи особистість опинилася в надскладних життєвих умовах акі вимагають від неї надмірного зусилля щоб вижити. Завдяки цьому духовний та психічний стан людини досягає найвищої напруги, що призводить до повної або часткової втрати сенсу життя і на

жаль, не дає можливості адекватно сприймати кризову ситуацію і особистісний конфлікт.

Таким чином, давно назріла необхідність розробки ефективної суїцидологічної допомоги особам, які знаходяться у стані психологічної, соціальної та екзистенційної кризи, а також рідним та друзям суїцидента.

8. РОЗПОЧАТИ З НУЛЯ: ПРОБЛЕМА РЕАДАПТАЦІЇ

Як зберегти власне “Я”, коли ґрунт хитається під ногами? У поверненні людини до нормального життя активні та самостійні зусилля особистості набувають вагомості ролі: від них значною мірою залежить ефективність будь-яких реабілітаційних заходів (медичних, психологічних, соціальних). Спрямованість суб’єкта на самоінтеграцію власного існування, коли наявні адаптаційні механізми перестають відповідати вимогам життя, визначає проблему реадaptaції.

Реадaptaція — самостійне конструювання суб’єктом повторної адаптаційної системи. Коли цей процес актуалізується? Це відбувається тоді, коли людина опиняється у просторі роз’єднаних елементів свого попереднього адаптаційного досвіду із колишніх образів дійсності та свого “Я”, із попередніх відчуттів, переживань, уявлень, знань та навичок вона повинна синтезувати якісно нову адаптаційну систему, відповідну змінам внутрішніх (соматичних і психологічних) та зовнішніх (середовищних) умов.

Реадaptaція — це нелегке набуття нового життєвого досвіду: Коли зникає свобода активного самоврядування, тяжкі розчарування нерідко переважають над мінливими радощами. Як немовля, що знаходиться під владою незнайомих, незрозумілих, чужинських та лякаючих відчуттів, людина може опинитися у світі роз’єднаних вражень, суперечливих думок, брехливих тверджень та небезпечних спокус, що обіцяють швидке досягнення привабливих, часто сумнівних, результатів... Отже, перед особистістю постає завдання збереження власного існування, тобто свого біологічного та психологічного “Я”.

Психологічні формули життя

Важко утворити адаптивну систему, дій відповідну розв’язанню задачі розпочати “з нуля” інтеграцією власного існування, протистояти дії деструктивних факторів і, тим більш, зберегти можливість особистісного розвитку у критичних життєвих ситуаціях. У тих чи інших умовах, тих чи інших обставинах людина застосовує різні стратегії поведінки. Але це не буде достатнім, щоб визначити нову і відносно

універсальну психологічну формулу життя. Адже ця формула повинна сприяти знаходженню оптимального шляху серед окремих роз'єднаних елементів колишньої адаптивної системи.

Висвітлюються дивовижні сполучення причин, що впливають на вторинну адаптацію, тобто на ефективність реадптації, психологічну змістовність нової формули життя. Мотиваційна поліаморфність, взагалі притаманна поведінці людини, визначає шляхи її самоінтеграції і нерідко обумовлює їх заплутаність, наявність у них свідомих компромісів, хибних кіл, мимовільних помилок, широсердого безглуздя та ін.

Наприклад, людина, що не усвідомлює власної психологічної деформації, збільшує руйнівний потенціал деструктивних впливів за рахунок безпідставної самовпевненості. Особистість, що має здатність зберігати у деструктивних умовах суб'єктний рівень адаптації, на якому домінує морально-розумова регуляція власної поведінки, виключає ірраціональне мислення, антигуманні установки, буденні погляди. Їй легше подолати чи принаймні зменшити зовнішні, а іноді і внутрішні, руйнівні впливи.

Формула дій особистості, згідно з якою вона утворює власну життєву самоінтеграцію в умовах біосоціальної деструкції, виникає на підставі досить складного психологічного підґрунтя.

Якщо загострити проблему, можна розглянути варіанти поведінки індивіда, що виникають під час реадптації, як складну похідну від схем дій виду *Homo sapiens*: з одного боку, його еволюція являє собою яскравий приклад розвитку адаптивних форм поведінки, який розпочався "з нуля", а з іншого — у сучасного індивіда все життя зберігається потенційна можливість актуалізації генетично первинних програм дій, так званих програм "нульового рівня".

Безумовно, сучасні стратегії самоінтеграції якісно протилежні жорстким і психологічно спрощеним адаптивним схемам дій прадавньої людини і їхня пряма екстраполяція на поведінку свідомої особистості неприпустима. Але, безліч складних і ніби цивілізованих форм поведінки свідомої особистості, спрямованих на самоінтеграцію, створюють істотний зміст провідної адаптивної формули життя прадавньої людини, тобто агресії.

Навіщо сучасній людині агресія? Агресія і тепер зберігає свою первісну сутність захисту. Однак, в її походженні відображається складна суперечлива взаємодія біосексуальних чинників. Наприклад, психалгія (душевний біль) може викликати у людини стан афекту. Він означається як повернення до інстинктивних форм поведінки, коли наслідки власних деструктивних дій не усвідомлюються. У таких випадках реалізуються прагнення позбавитися гостроти психологічно нестерпних переживань, тобто адаптивний самозахист втілюється у

форму або вбивства, або самогубства, або інших агресивно руйнівних дій.

На будь-якому рівні прояву — від афективно-інстинктивних форм поведінки до діяльності самосвідомості, поєднаної з особливостями самосприйняття суб'єкта — агресивна поведінка має зміст самоствердження і захисту власної особи — свого "Я", його біологічного, психологічного та соціального статусу. Так, нерідко душевний досвід людини допомагає їй визначити оптимальні шляхи самоінтеграції у певній життєвій ситуації.

Отже, агресія — це універсальна архаїчна адаптативна формула дій, а людина схильна діяти за давніми звичками. Тому, при розв'язанні завдань реадаптації у стратегіях самоінтеграції також наполегливо відтворюються і повторюються (свідомо чи несвідомо) ще й усталені формули із історії власного життя людини, тобто індивідуальні авторські релікти поведінки.

Саме психологічний досвід нагадує, що найкраще нове — це забуте старе. У таких випадках інтеграція власного існування відбувається на підставі особистісних реліктів поведінки. Життєві конструкції людини на перший погляд мовби не змінюються: вона відтворює себе через себе, тобто само реалізується і діє з урахуванням своїх спроможностей та природних обмежень, частково усвідомлюючи ці обмеження. При цьому вона зберігає душевну рівновагу, що допомагає їй обминати деякою мірою руйнівні впливи і запобігати біопсихологічній деструкції. Це, у свою чергу, сприяє розвиткові наявних особистісних потенцій.

На першій погляд складається враження, що особистість опиняється у замкненому колі. Вона залишається, так би мовити, соціально непомітною, її реліктова поведінка не змінює навколишніх умов, типових життєвих сюжетів, провідних індивідуальних властивостей.

Між тим, сили її ества, її сутності все ж збільшують глибину її буття, бо така людина — мудрий, емпатійний філософ, який збагачує інших своєю щирістю. Вона вміє перетворити прозу життя на поезію буття і разом з тим уникнути самооман. Стосунки з носіями таких особистісних реліктів поведінки можна порівняти із численними зверненнями до улюблених книжок — вони вже прочитані неодноразово, але не перестають приємно вражати і радувати своїми одухотвореними думками прозорливий розум та чуттєву душу широко вдячного читача.

Коли людина звертається душевним поглядом до історії свого життя, вона не завжди може відшукати придатний для вирішення завдань реадаптації досвід. Інколи вона знаходить лише малоконструктивний, психологічно знецінений антикваріат. Він ніби не відпускає людину від себе — людина не може або не хоче розлучатися з ним: її минуле наче стає могилою для її майбутнього.

У таких випадках в особистісних реліктах поведінки наполегливо відбувається пошук винних. Власними недоліками і власною відповідальністю наділяється хтось інший. Замість передбачення перспектив майбутнього особистість занурюється у почуття скривдженості всім світом. Неприємні враження про власні особливості навмисно витісняються, забуваються, залишаючись у підсвідомості. Замість активної спрямованості на самоінтеграцію спостерігається безпорадна і психологічно беззмістовна метушня. Самоомана не дозволяє відчутти, що можна стати жертвою власних перемог, а іноді і зрозуміти, що останні є псевдоперемогами. Психологічна спрага до саморозвитку обертається звичайною заздрістю до успіхів інших.

Все це нерідко поєднується з власною психологічною спадщиною. Наприклад, з реліктовою поведінкою наслідування, якщо вона була у людини провідним механізмом життєздійснення і залишається ним під час самоінтеграції у деструктивних умовах.

На певних етапах розвитку індивіда наслідування є необхідним механізмом навчання та засвоєння нового досвіду. Але воно небезпечне і своїми негативними наслідками, бо може провокувати виникнення лише подоби (хоча іноді і досить вдалої) психологічно змістовної особистості. Насправді ж думками такої людини стають не її думки, а тільки сполучений текст, що має з ними лише жалюгідне рідство; не відчувається широсердості, що з'являється з досвідом тільки власних, не імітованих почуттів.

Стихія подоби захоплює людину і утворює у неї самої і у неабливого буденного оточення ілюзію реальності. Однак ця небезпечна гра, в якій задійні особистісні релікти поведінки за механізмом недиференційованого наслідування, погрожує самозбереженню самості. Це поразка індивідуального "Я", за якою — психологічна пустота і душевний крах. Реадаптація такої людини залишається під великим сумнівом.

Суперечності процесу самоінтеграції

Кожне із можливих життєвих новоутворень особистості, що виникають під час реадаптації, містить у собі власний конструктивно-деструктивний потенціал. Так, активний, енергійний, цілеспрямований індивід, що наче має конструктивну життєву орієнтацію, може залишатися психологічно пасивним: за самозбереження у деструктивних умовах він розраховується особистісною деструкцією. Під впливом посиленого самопізнання та самоаналізу психологічно активна особистість може знецінювати доцільність реальних практичних дій: вона залишається на узбіччі життя і лише спостерігає все, що проходить повз неї. Нерідко спроби оминати деформацію свого індивідуального "Я", якщо

особистість все ж вирішує діяти, обертається її конфліктним положенням у макро-та мікросередовищі.

Іноколи в умовах біопсихосоціальної деструкції інстинкт самозбереження безпомилково визначає оптимальну схему поведінки суб'єкта і вирішує суперечності процесу самоінтеграції у більш позитивній формі. Наприклад, така суперечність, як "сон розуму породжує страховиськ — скорботу роздуми дають", звертає людину до власних суперечностей.

Між тим, вона вже не лякається того, що її ерудиція (за словами М.Фуко), прочитавши природу і книги... повертається до своїх химер. Людина осягає закони Всесвіту і розуміє складну простоту природи і власного "Я".

У деяких випадках фактори середовища бувають лише службовими (супутними) детермінантами, що активізують суперечності самоінтеграції суб'єкта. Досить часто індивідуально типологічне і обумовлює конструктивно-деструктивні тенденції у його поведінці. Взагалі, людина може мати властивості, котрі в її полегшують, не зашкоджують, ускладнюють та навіть виключають можливість утворення механізмів вторинної адаптації.

Бар'єр протистояння деструктивним впливам

Відомо, що витривалість індивіда відносно дій зовнішніх та внутрішніх руйнівних подразників залежить від загального порогу деструктивної (стресової, фрустраційної) вразливості. Індивід вибірково реагує на дію тих чи інших шкідливих факторів, що визначається притаманними йому індивідуальними властивостями. Негативні психологічні наслідки дії деструктивних умов життя визначають суто особистісний поріг вразливості суб'єкта.

Особистісний поріг деструктивної вразливості обумовлює свідоме протистояння людини руйнівним впливам. Від нього значною мірою залежать відсутність, або недосконалість адаптації, спроможність утворювати конструктивні стратегії самоінтеграції. Така спроможність особистості є підставою поновлення її саморозвитку у деструктивних умовах життя та підставою позитивних змін. Отже, психологічний поріг деструктивної вразливості, тобто поріг свідомого психологічного протистояння деструктивним впливам, певною мірою обумовлює внутрішні механізми інтеграції індивідуального існування — психологічну формулу дій особистості, згідно з якою вона може утворювати нові життєві конструкції.

Які типи самоінтеграції зустрічаються найчастіше? По-перше, це утилітарний, комерційний тип. У психологічній формулі самоінтеграції конкурентно-комерційною або конкурентно-утилітарною

типу визначається низький поріг свідомого особистісного опору деструктивним факторам, що руйнують індивідуальне "Я". Відбувається це тому, що такий індивід не помічає власної особистісної деформації. Він має здатність визначати раціонально-прагматичну сутність подій та обставин, але не усвідомлює розбіжності між духовно-індивідуальним та матеріально-індивідуалістичним, не відчуває тонких нюансів між егоцентричною користю та егоїстичною корисливістю. Така індивідуальна властивість підкреслює зворотно-пропорційний зв'язок між порогом особистісної (морально-духовної) чутливості до психологічно-руйнівних впливів і порогом свідомого психологічного протистояння їм.

Особливий варіант самоінтеграції в умовах біосоціальної деструкції виникає у особистості з високим порогом свідомого протистояння руйнівним впливам. Таку психологічну формулу самоінтеграції можна назвати евристичною. Евристична особистість зберігає індивідуальне "Я", що дозволяє поновити саморозвиток у деструктивних умовах буття. Вона сприяє позитивним змінам цих умов хоча б тим, що не розповсюджує негативні наслідки навколо себе як негативний індуктор. Провідним внутрішнім механізмом інтеграції індивідуального існування такої людини стає совість. Вона, за словами В.Франкла, являє собою інтуїтивну здатність знаходити смисл ситуації, що обумовлює автентичність поведінки особистості відносно власного "Я" і світу людей.

Індивідуальна логіка поведінки

Принцип оптимізації — один з провідних принципів організації поведінки людини. Вона не просто обирає який-небудь шлях, а намагається відшукати за тими чи іншими параметрами більш оптимальний, мовби визначити найменшу відстань між двома точками на прямій. Спроба вирішити головну задачу життя в умовах біосоціальної деструкції, тобто знайти конструктивну стратегію самоінтеграції повинна була би відповідати цьому принципіві. Але його теоретична універсальність поєднується з внутрішніми законами і принципами розвитку самого індивіда.

Кожна ситуація, в якій розгортається сюжет життя, події, що змінюють життєву ситуацію людини; задачі, що виникають перед нею; вибір лінії дій, що спрямовані на її вирішення, тобто на збереження біологічного, особистісного і соціального статусу свого індивідуального "Я" — є для кожної окремої особистості індивідуально-неповторними, унікальними. Тому загальні принципи та закономірності ніби індивідуалізуються і виникає індивідуальна логіка дій особистості. Типологічні узагальнення, над якими, за словами тонкого споглядача і об'єктивного вченого П.І.Ковалевського, природа сміється, стають ще

більш умовними. Вони поступаються перед індивідуальною психологічною змістовністю. Тому пошук напрямку самоінтеграції у деструктивних умовах — це перш за все складна індивідуальна та психологічна діяльність. Характерні ознаки поведінки особистості, що спостерігаються у реальних обставинах повсякденного життя, розкривають своєрідні індивідуально-психологічні нюанси самоінтеграції у деструктивних умовах буття. Фактичний життєвий матеріал являє собою емпіричні моделі реадaptaції особистості.

Наведемо кілька прикладів стратегій самоінтеграції. Використовувався життєвий матеріал осіб, що вирішували завдання реадaptaції різної складності. Це були люди, які поверталися на волю після багаторічного тюремного покарання за співучасть у скоєні особливо тяжких злочинів. Це були також особи, що одержали повну реабілітацію зв'язку з неправомірним ув'язненням і безпідставним перебуванням психіатричних лікарнях спеціального типу. Це були й індивіди, які відчувають об'єктивні та суб'єктивні труднощі соціально-психологічної адаптації у зв'язку з суперечностями та упередженістю діагностики психолого-психіатричного статусу.

Зрозуміло, що вельми приватний матеріал і наявний реадaptaційний статус передбачає збереження таїни шановних респондентів. Приклади, що будуть наведені, анонімні.

Приклад 1. У поведінці цієї людини — заява на активну діяльність широкого масштабу. Але це — захисне посилення притаманних рис демонстративності, що приховує внутрішню збентеженість особистості.

Коли збентеженість зникає, пом'якшується і майже зникає демонстративність, тому що з'являється почуття спокою. На цей раз бажання отримати об'єктивну психолого-психіатричну експертну оцінку власних думок, почуттів і дій не зустрічає упередженого, зневажливого непорозуміння та відштовхування.

Йдеться про чоловіка, якого ми будемо називати О. У минулому “соціально небезпечний елемент”, якого нарешті знято психіатричного обліку, повністю реабілітовано і, за його словами, видно “усі психушно-арестантські гроші”. Йому 60 років. У сорок п'ять був заарештований (антикомуністична пропаганда). Безпідставно відбув покарання у психіатричній лікарні тюремного типу.

Серед особливостей його мислення — схильність до аналізу наявності узагальнень на високому абстрактному рівні, здатність підмітити важливі дрібниці та суперечливі деталі сучасних суспільних явищ, висвітлити їх у тонких змістовних аналогіях-порівняннях. У ньому багато зауважень, критичних оцінок, іронії (до речі, самооцінка також досить критична). Судження, висновки самостійні. Аргументи — без-

гнано послідовні, ґрунтуються на адекватному сприйманні реалій середовища.

У його почуттях іронія та самоіронія є провідними. Цей емоційний настрій допомагає розповісти про тягар несправедливого минулого, про незаслужені іспити безглуздя. Іронія і самоіронія ніби стають метаморфозою ауто-і гетероспрямованих агресивних проявів — це і самопокарання за власні щиросерді помилки (за помилки власного характеру, безкомпромісності, чесності), і покарання тих, хто був упрежденим при вирішенні його долі. Емоційні прояви адекватні, вони відповідають емоційному змістові ситуації; зникає початкова і дещо штучна піднесеність настрою, коли пригадуються аналогічні сумні долі інших людей.

Отже, іронія та самоіронія. Вони визначають його особистісні якості — критичність та самокритичність, котрі обумовлювали і обумовлюють його соціально-психологічну спрямованість. Він має і мав тенденцію до полемічного загострення проблем, але не до критиканства. Він можна казати, воду каламутив із щирою душею. Гострі суспільні ситуації приваблювали і приваблюють його, але мотивація “загострення гряди загострення” у його поведінці відсутня, як це буває у деяких людей, що відчувають бадьорість власного духу від спровокованого конфлікту. Він був і є зорієнтованим на недопустимість подвійної моралі у власному та суспільному житті. Ця психологічна змістовність і безкомпромісна прямолінійність дій і визначає психологічну формулу його життя. О. завжди віддавав перевагу внутрішній свободі, не допускаючи статусної псевдодипломатії.

Його завжди приваблювала і приваблює активна громадська діяльність. О. Завжди мав і має жвавий інтерес до різноманітної інформації, віддаючи перевагу активній роботі. Його не влаштовує статус жертви соціальних (психіатрично-політичних) репресій, положення психологічного утримання. О. підкреслює, що “люди, які мають кайф від того, що їх жаліють, не його група”. Самоповага і почуття власної гідності у нього поєднуються з природним оптимізмом, який надає сили формувати життєстверджуючу психологічно-змістовну формулу життя, стратегічні стратегії самоінтеграції, запобігнути деструкції власного життя.

Між тим реадаптація цієї людини була тяжкою. Жадана свобода знайшлася із страху та зневіри у себе, у власні сили. Він відчував себе самотнім, хворим, чужим. Допомогла гірка іронія: з’явилися думки, що “легко викрутився”, бо багато хто, досягнувши власну безпорадність та мізерність як людини, що не має права на власні роздуми, свідомо відмовився із життя. З часом гірка іронія поступилася самоіронією. “Не люблю, щоб мене жаліли, люблю, щоб мені заздріли, не помру від скромності”. А далі О. вже свідомо посилював захисну функцію іронічного погляду

на власні особливості, на своє життя, на світ людей і своє місце у цьому світі — не зрадив власним принципам, але обрав більш гнучку тактику своєї позитивно спрямованої поведінки

Приклад 2. Цій особі була притаманна реліктова поведінка наслідування. Психологічна формула життя — конкурентного типу. Утилітарний компонент, що існував підсвідомо, визначився пізніше. Вона змінив її психологічну формулу життя на формулу кримінальної відповідальності...

Будемо називати дійову особу цієї невеличкої розповіді — В. Вона розумілася на багатьох питаннях життя, орієнтувалася у літературі, мала певну музичну підготовку, приваблювала манерою спілкування. Навіть ледве не стала актрисою. Їй наполегливо пропонували вступити до театрального вузу, але це їй здавалося непотрібним — вона й так грала. Грала у своєму житті, із своєю долею, грала чужим життям і загралася. Особистісна свобода, яку вона так любила, опинилася у полоні гіпнотичної влади грошей та псевдопочуття власної доконалості, а з часом... за тюремними ґратами. Зараз їй 43 роки, десять з них вона перебувала у в'язниці.

Слідчий, який вів її справу і допомагав улаштуватись на роботу, коли вона звільнилася, був здивований, що праця на заводі їй не підійшла. Така діяльність і не могла її задовольнити, бо В. завжди намагалася бути у самому епіцентрі уваги більш елітарної, за її розумінням, публіки. У цьому хотінні вона завжди змагалася навіть із собою. Після десяти років ув'язнення вона і зараз майже така. Увага до її особи — це головне. У розповіді про колонію, де відбувала покарання, В. мовільно визначила психологічну сутність свого характеру. Вона помітила, що коли тривога за матір та сина не стала давати їй спокою, то раптом зрозуміла, що з нею щось не так, щось трапилось, бо раптом перестала думати про себе (!).

Психоаналітик тут буде зайвим. Ця фраза — прямий доказ егоцентризму та егоїзму. До інших провідних рис характеру додаються самодостатність, утилітарність, деяка емоційна лабільність, афективна екзальтація, схильність до реакцій обвинувачувального типу, активна позиція у вирішенні власних проблем, поверховий погляд на власні недоліки, психологічний самозахист у формі знецінення або упередженої оцінки оточуючого і (обов'язково!) невичерпне жадання уваги до себе. Це ще один релікт її поведінки. До речі, цей релікт допомагає їй талановито розповідати всілякі історії із свого "арештанського" життя. У цих сюжетах — вона головна героїня подій. Спостережлива, чутка до тонких нюансів, В. висвітлює у трагікомічних тонах психологічну соціальну правду і кривду "життя за ґратами". Свою провину вона не усвідомлює, але намагається приховати її десь осторонь, у затінку.

Зараз В. має поширену для сьогоднішнього психологічну формулу життя конкурентно-комерційного типу. Їй залишається притаманною реліктова поведінка наслідування. Наслідування спроможне

вистовхнути її до небезпечної гри у “красиве життя”, бо В. має низький (егоїстично спрямований) поріг особистісного протистояння деструктивним впливам, а її внутрішня правда ґрунтується на “правді” уявішній.

Приклад 3. На телеекрані — молода приваблива жінка. Вона одразу привертає до себе, примушує затримати увагу. І не тільки своєю привабливою зовнішністю, а ще й тим, що і як розповідає. Виникає впевненість, що її поради і застереження виконають усі: вони стосуються здоров’я, до якого люди часто ставляться безвідповідально. Ця жінка — автор і досить вдало побудувала свій виступ, бо автор передачі — вона сама. Тільки от автором свого власного життя вона поки що бути не може...

М. звернулася за допомогою і консультацією в Асоціацію психіатрів України: досить довго затримувалось у суді рішення про її недатність (колись дійшли до висновку, що вона має психічне захворювання, яке стало межею її активного самоврядування, тобто позбавило її багатьох прав. Обставини не виключали того, що утримати її в такому становищі намагалися навмисно).

Вона дійсно лікувалась у психіатричному стаціонарі. Але кожному випадку госпіталізації передували психологічно дискомфортні для неї життєві обставини та події. Несприятливі обставини викликали почуття тривоги, безпорадності, невпевненості, несамотійності, гнітючої самотності. Виникало гостре бажання досягти психологічної рівноваги, готовність сприйняти будь-яку зовнішню підтримку, бо самотійні зусилля не допомагали. Вона звертається до Бога, і все, що навкруги, для неї перестає існувати. Це — історія афективних порушень її поведінки, які стали передумовою психіатричного діагнозу.

За своїм характером М. з дитинства була м’якою, нерішучою, вимовлялася від самозахисту. Її захист був пасивний або з’являлися спроби самознецінення та самозвинувачення. Ці риси обумовили у неї відсутність спроможності до гнучкої і компромісної лінії дій, недостатню сміливість у подоланні перешкод, схильність до пасивної поведінки в емоційно-негативних для неї обставинах: вона не могла їм протидіяти.

Під час психолого-діагностичної бесіди, при аналізі дій та стану М., вона сприймає номінативні оцінкові судження як зауваження, дякує за них і обіцяє виправити свої помилки. Її поведінка була поведінкою залежного, який тремтить перед керівником і не має віри, що не буде покараний за мізерний недолік. М. стверджує, що вже звикла вимовлятися від своїх думок та висловлювати їх, бо емоційна атмосфера її життя — це погрозово-шантажний тиск, який позбавив її впевненості у власних силах та самотійності роздумів.

Їй вкрай необхідні повага та теплі слова, поважливе ставлення до її думок та почуттів. Впевненість у власних силах, у психологічний

повноцінності, послідовність у судженнях повертає тепла, дружня атмосфера. Тоді зникає збентеженість почуттів і скутість думок.

Вона сприймає психологічну допомогу і також критично сприймає свій стан. Вона намагається зрозуміти, як можна протистояти негативним впливам, що погрожують зруйнувати її особистість, і як зберегти поки що вельми тендітні самостійні життєві конструкції, що виникли у перебігу реадaptaції. Вона відчуває, які психологічні механізми опору деструктивним умовам її приватного життя доцільно використовувати, і спрямована на майбутнє, вона намагається активно зменшити негативний вплив власних реліктових схем поведінки. І вже нема безпідставного сорому від того, що її почуття, думки та дії колись мали психопатологічну форму. Тепер вона знає їх психологічне підґрунтя, і навмисний негативний тиск мікросередовища не позбавить її душевної рівноваги.

Зараз вона обережна. Це виключає прояви необміркованих дій, емоційно сприйнятлива, але й розсудлива, бо впевнена, що має право на власні думки і що вони мають сенс. У стосунках зорієнтована на взаємопорозуміння, взаємодопомогу, співпрацю. Обов'язковість, пунктуальність, цілеспрямованість та послідовність характеризують її дії. Вона має внутрішню установку на адекватні форми самоінтеграції, об'єктивує їх у психологічній формулі життя евристичного (творчого) типу.

Як видно з наведених прикладів, особи, досвід яких було проаналізовано, відрізняються деякими властивостями протистояння деструктивним впливам. Нагадаємо, що низький поріг моральної чутливості, психологічне підґрунтя якого детермінується емоційним (вродженим) компонентом емпатії, обумовлює високий поріг свідомого (особистісного) протистояння деструктивним впливам; високий поріг моральної (духовно-особистісної) чутливості обумовлює низький поріг свідомо-особистісного психологічного протистояння деструктивним впливам. Всі ці властивості визначали психологічну змістовність соціальної активності досліджуваних осіб і до початку порушення її адаптаційної системи; деяким із них ці ж особливості допомогли вирішити завдання реадaptaції, а деяким — загострити реадaptaційні труднощі.

Природа людини і соціальна політика

Існує універсальний закон спадково-детермінованої мекі варіацій індивідуальних ознак. Він підпорядковує собі всі живі істоти. Цей факт примушує зрозуміти, що можливість утворення індивідуальних власних стратегій соціально-психологічної самоінтеграції в умовах біосоціальної деструкції має принципові обмеження. Отже, не кожен, хто опиняється у просторі роз'єднаних елементів свого колишнього адаптаційного досвіду, буде мати здатність реадaptуватися, тобто утво-

дати нову конструктивну формулу життя, позитивну стосовно своєї особистості, свого соціуму.

Об'єктивні та умови середовища провокують прояви поведінки, яка здійснюється за генетично-первісними механізмами походять із природної схильності індивіда до існування на більш низьких рівнях психічної активності під впливом несприятливих умов.

Інстинкт самозбереження нерідко примушує людину заперечувати навколишній світ і все, що відбувається у ньому, навіть власну свідомість і совість. Іноді у таких випадках людина намагається пряминою змінити обставини, ніби підганяє їх "під себе", іноді сприймає реальність занадто суб'єктивно, внаслідок чого має адинамічні уявлення про оточуючий світ. Водночас вона може відчувати або неясно здогадуватися, що втрачає спроможність керувати собою, розпоряджатися своїм життям. Разом із тим її свідомість не може подолати такої "небезпечної" відвертості про слабкість свого "Я", і людина догоджає власному самолюбству тим, що віддає своє самоврядування в інші руки.

Відмовившись від відповідальності за себе, людина втрачає власну свободу. Страх, що обумовлюється усвідомленням істини про свою власну істоту, паралізує людину: відтепер він буде правити нею і підкорювати її всякому зовнішньому впливові. У таких випадках виникають такі самоінтеграції особистості: пасивна підкореність псевдоавторитетам; безумовне виконання досить сумнівних суперечливих наказів; острах покарання за прояви ініціативи; атрофія критичності-мислення; приймання позиції самознецінення тощо.

Страх — природно притаманний людині інстинкт самозбереження. Тому самоінтеграції особистості, що ґрунтуються на переживанні страху, можуть виникати і несвідомо, якщо людина надто тривожна за своїм психічним складом, і проти її власної волі.

Останнє частіше за все відбувається при суспільному пріоритеті сил мундиру, політичних інтриг, сентиментальності і жорстокості, шантажу та шахрайства. В таких умовах самоінтеграції, підставою яких є страх, мають соціально-позитивну оцінку і навмисно нав'язуються людині, щоб утримати її у залежному становищі, бо сліпий страх паралізує власні думки та дії.

Воля випадку може повернути події так, що той, хто безумовно підкорявся, стає тим, від кого у залежному становищі перебуває хтось інший. Тоді автоматично відтворюються, поширюються, зміцнюються і закріплюються жорсткі, соціально та особистісно деструктивні схеми самоінтеграції. Реліктова логіка дій стає перепорою особистісної реадаптації, бо людина вже втратила можливість бути пластичною, втратила здатність до розсудливого компромісу, широту поглядів та бажання зрозуміти інші думки, бути терпимою до них, враховувати їх у ході адаптації власного існування.

Внутрішні суперечності суспільства та конфліктні елементи соціальних структур обумовлюють загострення внутрішніх та зовнішніх

суперечностей самої людини. У таких випадках актуалізуються форми поведінки, в яких зникають соціокультурні прошарки особистості, тобто її вищі психічні утворення, а система контролюючих механізмів психіки (розуму, волі, свідомості) підкоряється архаїчним соціальним програмам, і процес самоінтеграції особистості вкрай спрощується та примітивізується.

Наприклад, у сьогоденних конкурентно-комерційних умовах життя є досить розповсюдженою самоінтеграція за формулою прискорених цільових дій та одержання привабливих результатів. У своїй книжці "Агресія" К.Лоренц помічає, що сучасні люди мають типові захворювання бізнесменів — гіпертонію, уроджену зморщену нирку, виразку шлунка, тяжкі неврози. Людям бракує часу на культурні інтереси, і вони, за словами К.Лоренца, "впадають у варварство", без усякої необхідності підкоряючись владі вкрай прискореного темпу життя та праці, цьому безглуздому результату внутрішньовидового добору, який свідомо утримується одними, мимовільно підтримується іншими, в залежному (іноді примусовому) становищі від якого опиняються треті.

Виникає враження, що індивід лише випадково може оминув вплив руйнівних факторів і потрапити в умови, що зберігають цілісність його "Я". Між тим, деякі психологічні формули життя, що виникають при деструктивних впливах, все ж не позбавляють людину можливості творчого конструювання власного життя в скрутних обставинах.

Шкідливі бар'єри на шляху реадаптації утворюються не лише індивідуальними властивостями індивіда. Їх спричиняють соціально-економічні умови, політичні та світоглядні орієнтації суспільства, які досить часто нав'язуються особистості. Складний взаємозв'язок природи людини та природи суспільства полягає у тому, що вони ніби одночасно взаєморуйнують і взаємоутворюють одне одного.

Злагоду між цими двома творцями позитивних і негативних само- і самоінтеграцій можна прискорити. Соціальна політика підтримки особистості має свою персоніфікацію у конкретних особах. Тому залобігти зайвій деструктивній соціально-психологічній опозиції людини і суспільства іноді допомагає лише крок назустріч людині. Якщо відомі позасоціальні фактори, що вказують на слабкі сторони індивіда, через які деструктивні умови, за словами Е.Дюркгейма, найбільш легко проникають у його психіку, а також негнучкі усталеві індивідуальні утворення і, за його ж словами, відома "невизначеність" чи "загальна неясна здібність" індивіда, яка може "приймати різні форми згідно з обставинами", оптимізація самоінтеграції суб'єкта буде ефективнішою.

У цілому спрямованість соціальної політики на підтримку реадаптації особистості розкриває психологічні перспективи взаємопов'язаності суспільства та людини яка має свої індивідуальні закони життя, людини як автора власної історії і сюжетів свого розвитку і як автора розвитку історичних сюжетів самого суспільства.

РОЗДІЛ ПІ

ВІД НАРОДЖЕННЯ ДО СМЕРТІ: ПСИХОСОМАТИЧНИЙ РАКУРС

1. КРИЗА НАРОДЖЕННЯ: УМОВИ ПЕРЕБІГУ

Народження — криза перинатального існування

Починаючи ще з Платона, існує філософська традиція згідно з якою душа, або зародок її існує десь у космосі, в ефірі. І коли душі належить пережити земне втілення, вона, “захоплена енергетичним вибухом, породженим парою в момент запліднення”, зазнає вселення, розвитку та зародження в образі (тілі) дитини, яку ми так мало обгрунтовано вважаємо потім своєю. Тобто дитина розглядається як дещо від нас незалежне. Жила, блукала десь її душа, а ось Бог дав — і з'явилася у наш світ. Жінка ж вважається лише інструментом, що допомагає душі здійснити перехід до земного існування.

Якщо все так просто, чому ж тоді стільки переживань протягом дев'яти місяців? До чого ж тоді трансперсональні техніки, які повертають людину до її пренатального існування і допомагають їй позбутися причини її життєвих труднощів у зрілому віці?

Ми вже знаємо, що криза — це зміна напрямку, рішення, вибір. Нам вже відомо, що кризи бувають нормальними чи аномальними. Перехід від пренатального існування дитини до постнатального — це верша в житті психологічна криза, яка, звісно, має своє фізіологічне підґрунтя. Нормальною для дитини є такий перебіг кризи народження, коли вона перебуває під контролем жінки — матері.

Жінка створює певні умови, за яких “перехід” дитини дається легше.

Це дуже важливо пам'ятати, адже перші події, як нам вже відомо, залишаються у пам'яті людини, визначають її загальну ціль та стиль життя.

Аномальним є народження без любові до дитини; ставлення до нової людини не як до мети, а як до засобу здійснення якихось інших цілей. Та про це буде далі.

У наш час прагнуть цілі інститути з планування сім'ї. Газети, телебачення запевняють нас, що ми можемо запланувати буквально все, варто тільки прислухатися до порад лікарів. Складніше запланувати ту іскру, яка зветься іноді пристрастю, що пробігає між чоловіком та жінкою, а також любов до ще не народженої дитини.

Дев'ять довгих місяців вагітності роблять жінку власницею дитини. За цей час вона звикає розглядати її як частину себе. Цьому сприяє і спільний тік крові, і маса всіляких труднощів, що їх викликає існування двох в одному тілі. Тому, коли новонароджена душа з'являється нарешті на світ, вона здобуває не тільки покровительку, захисницю та годувальницю, але й хазяйку, що прагне самотужки розпоряджатися (іноді занадто довго) її долею.

Саме "авторське" ставлення до дітей дає батькам уявне право "свої" витвори корегувати, підправляти і протягом усього життя обмежувати їхню особисту свободу.

Скількох конфліктів можна було б уникнути, пам'ятаючи, що діти — це не наша власність. І що вони не повинні слухати нас беззастережно, виправдовувати наші чекання та сподівання, досягати того, чого не досягли ми, любити (не любити) те ж, що любимо (не любимо) ми, зв'язувати нас по руках і ногах.

Люблячи своїх дітей, не слід придумувати їм майбутнього — вони самі із цим справляться. Людина, так схожа на вас лицем і знайома з перших днів свого життя, має свою долю, навіть коли ви прищепите їй свій світогляд, прагнення та прихильності.

Можна сказати, що мати може створити умови для реалізації "творчого задуму" своєї дитини. Це підтверджують і сьгоднішні дослідження у сфері трансперсональної психології. Здобутки психотерапії дозволили розглядати перинатальний період у житті людини як повноцінний поряд з усіма періодами постнатального життя, а кризу народження з точки зору психологічного впливу на дитину порівнювати хіба що з кризою смерті. Дослідження С.Грофа довели, що на клітинному рівні кожен індивід несе протягом усього свого життя досвід свого перинатального періоду існування. При його нормальному перебігу і природному завершенні народжується людина, визначальною позицією якої у житті в цілому є оптимізм. Тому всі останні життєві випробування нею будуть сприйматися як умова для здобуття цієї позиції.

Будь-які аномалії на шляху до народження рельєфно відображаються у дорослому житті індивіда різноманітними відхиленнями та комплексами. Так, за свідченнями С.Грофа, застосування регресивних методів психотерапії до людей, народжених за допомогою пологодопоміжних щипців, дало змогу встановити причини їх складностей, що виникають при досягненні поставленої ними самостійно будь-якої мети. При адекватній активності поведінки на початку втілення тих чи інших проектів вони демонстрували розгубленість і невпевненість при їх завершенні і не могли обійтися без сторонньої допомоги.

Аналіз життєвих невдач людей, народжених шляхом кесарського розтину, виявив нереальність їх уявлень про власне місце у житті та нездатність правильно прогнозувати дії оточуючих. Алкоголізм та наркоманія пояснюються жагучим бажанням індивіда повернутися у стан симбіотичної єдності з навколишнім середовищем, стан так званої космічної єдності, яка переживалася ним на початку перинатального періоду від моменту запліднення до перших перейм, і неможливістю позбутися травмуючого впливу періоду народження, моменту відокремлення від матері.

Подекуди офіційна медицина погоджується із значенням емоційного боку процесу народження, але й сьогодні надмірна емпатія вважається професійно непридатною якістю спеціаліста-медика. І все ж таки практика “уповільненого народження” є позитивним надбанням у вітчизняному акушерстві. Вона виявляється у тому, що дитину після народження, не відрізаючи пуповини, відразу ж кладуть на черево матері. Відчуття рідного тепла та слухання знайомого серцевого ритму пом’якшує кризові переживання дитини.

Трансперсональна психологія вважає за можливе знайти першопричину непатологічного або патологічного розвитку людини у перинатальному періоді її життя. Повторне емоційне переживання дорослою людиною у редукованому вигляді перинатального стану веде до звільнення її від залежності до так званого катарсису. Після виявлення та “знешкодження” першопричини стає можливою подальша психологічна реабілітація методом психо- та самоаналізу, іншими психотерапевтичними методами.

Актуалізація підсвідомого на перинатальному рівні життєдіяльності та його повторне переживання розширюють можливості свідомого, звільняють індивіда від впливу депресивного періоду перейм, переживань смертельної боротьби за життя під час руху назовні, а також самої кризи народження — відокремлення до самостійного життя.

Тільки початок перинатального періоду, якщо мати переживала його без токсикозів та нервових переобтяжень, буде нагадувати про себе у снах про водний простір, спокій, колисання на хвилях, у відчуттях захищеності та достатку.

Жінка, пологи, дитина: психологічний симбіоз

Як відомо, для людського середовища характерною є неоднаковість, своєрідність. Особливості жінки специфічно пов’язані з функцією народження та виховання дитини. У її природі закладено навчати. Ця роль потребує для себе зовнішнього захисту, терпіння, а також особливої сприйнятливості до емоцій та невисловлюваних потреб. Вона

вимагає, щоб сім'я знаходилася у центрі уваги, надійних та безперервних особистих стосунків і поєднання сексу з любов'ю.

Материнська орієнтація сповіщає жінкам (не всім порівну) особливе відчуття природи та органічності, а також, можливо, прихильність до певного місця. (Протягом майже всієї людської історії жінка була прив'язана до місця необхідністю нагляду за дітьми, тоді як чоловік йшов на роботу).

Саме первинні потреби матері та сім'ї визначали роль чоловіка як охоронця та здобувача. Її змушена пасивність стала причиною його заповзятливості, її відчуття конкретного викликало у нього відчуття загального, її інстинкти вимагали його логіки. Жіноча прийнятливості відповідала чоловічій наполегливості. Характерні риси обох статей перебували у взаємозалежності і залишаються такими ж.

Крім загальноіснуючих рис, до портрета вагітної жінки можна додати відчуття страху перед випробуваннями фізичного болю, який супроводжує народження дитини, а також стан психічної напруги, викликаний емоційним дискомфортом.

Відомо, що напруга буває продуктивною, організуючою та емоційно-дезорганізуючою. Перша споріднена по суті з раціональним страхом. Страх є позитивною силою, біологічною функцією, необхідною для виживання. Він породжує пильність, постійну готовність, позбавляє нереальних сподівань та гірких розчарувань. Він знижує небезпеку травм та використання крайніх заходів протидії в умовах кризи. Страх, пов'язаний з розумінням, є джерелом справжньої сміливості. Емоційна напруженість попереджає страх патологічний, істеричний або хворобливий. Раціональний страх не повинен викликати паніку.

Криза народження призводить до сильних переживань як матері, так і її дитини. Після дев'ятимісячного чекання та внутрішньої підготовки жінка максимально використовує свою психічну енергію для народження дитини. Незалежно від віку, досвіду та послідовності пологів кожна жінка ставиться до них як до психологічного рубікону, який необхідно "перейти за будь-яку ціну".

Що її чекає за цим рубіконом, після пологів, вона не знає. Саме несвідомість є однією з головних причин ірраціонального страху та емоційної напруги. Жінка не знає, як вона буде себе почувати під час пологів, навіть коли це не вперше, не впевнена, що здолає біль. Її тривожить перша зустріч з дитиною. Не зважаючи на перинатальну діагностику, у неї є побоювання стосовно її психофізіологічної норми.

Ще тривожніше і водночас свідоміше ставляться до народження дитини жінки, які ознайомлені з особливостями перинатального розвитку немовляти і знають, що в момент свого народження дитина переживає кризу. Впродовж дев'яти місяців вона знаходиться в умовах, які дають їй змогу зрости від клітини до самостійного організму. Вся система

життєдіяльності дитини встигає адаптуватися до життя в організмі матері. Але час йде неупинно і настає момент, коли вона змушена народжуватися. При цьому ламається вся система життя, і за декілька секунд дитині слід адаптуватися до нової. У цей момент розриваються всі фізичні зв'язки дитини з матір'ю. Замість тепла, комфорту та задоволення всіх потреб дитина постає перед невідомістю нового для себе життя.

Інформована жінка глибоко співпереживає труднощам, які відчуває її дитина під час свого народження. Сила та глибина її хвилювань за дитину зростають, коли при пологах застосовуються допоміжні медичні засоби, наслідки яких для дитини можуть виявитися пізніше.

Крім цього, криза народження для жінки пов'язана також з переосмисленням своєї соціальної ролі. Материнство перинатального періоду відрізняється від материнства постнатального. Останнє активізує сферу особистої відповідальності, альтруїзму, психічної витривалості, доброти та емпатії. Наявність цих рис допомагає жінці у складному життєвому періоді новонародженості та раннього дитинства зберігати психічну рівновагу.

Кризу народження жінки складає також сфера її стосунків, яка представлена батьком дитини, "молодими" бабусями та дідусями, найближчими родичами. Продиктований подіями терміновий розподіл соціальних ролей, коли син і чоловік і він же батько спілкується з тещою, мамою і бабусяю, наприклад, найчастіше відбувається складно, в результаті чого молоді сім'ї зазнають чималих потрясінь. Нерідко молоді жінки стоїть перед альтернативою конфлікту: або з чоловіком, за чим стоїть її самотність та "сирітство" її дитини, або з батьками та рідними. Отже, криза народження є початком, у якого є неабиякі наслідки.

Кожна жінка приходять до кризи народження своєї дитини по-різному, з різним психологічним настроєм. Для одних їхня вагітність є бажаною, для інших вона є умовою розвитку якихось обставин, наприклад, зміцнення сім'ї, поліпшення стосунків з чоловіком, отримання квартири. Одним жінкам байдуже, хто у них народиться, інші ж відчувають перевагу тій чи іншій статі, для третіх — це випробування на "товноцінність", яке вони дозволяють проводити з собою своїм чоловікам. Звісно, що природня мотивація вагітності значно простіша для виконання, ніж мотивація з усілякими "надбудовами".

2. ЖІНКА ЯК ДЖЕРЕЛО НОВОГО ЖИТТЯ

Чим є період виношування дитини для жінки-матері? Його зазвичай поділяють на три етапи. Перший етап — адаптація, який триває до перших місяців. За цей час організм жінки пристосовується до нового

стану, який пов'язаний з імплантацією, тобто пересадкою у матку заплідненого яйця, з початком існування двох організмів — матері і дитини.

Другий етап — етап рівноваги. Це найдовший клінічний стан вагітності, що продовжується приблизно 5-6 місяців. Всі недуги закінчуються, настає рівновага. Матка ще не досягла розмірів, коли вона ускладнює рухи. Небезпека передчасних пологів скоротилася до мінімуму. Жінка має переважно хороший настрій і хороше загальне самопочуття.

Третій етап — етап втомленості. Жінці дедалі важче рухатися. У неї все більша потреба у відпочинку. Цей етап не довгий, найчастіше тиждень — два до пологів (Шкирян-Нижник З.А., 1998).

Вагітність для жінки є природним станом, через який виконується її основна, детермінована еволюцією функція — продовження роду.

Серед всіх відомих станів організму вагітність — єдиний, який спричинює глибокі та значні перетворення, функціональні зміни як у роботі статевих залоз, так і у всьому організмі. Ці зміни — результат тимчасового співіснування двох організмів — материнського і зародку плода, створення унікальної психо-біологічної системи матері і дитини. Плід, що розвивається у материнській утробі, активно росте і ставить перед матір'ю все нові вимоги для забезпечення свого розвитку та існування. Щоб задовольнити їх, в організмі жінки відбуваються значні перетворювальні процеси.

Вагітність впливає на всі органи, тканини, клітини. Це перш за все енергетичний обмін, обмін речовин, функції залоз внутрішньої секреції і нервова система. Особливі зміни за період вагітності відбуваються у матці. Вона прогресивно росте всі дев'ять місяців і досягає у кінці вагітності 1000 грамів. Збільшення відбувається за рахунок м'язових волокон, які гіпертрофуються. Утворення м'язових волокон закінчується на четвертому місяці. Потім, з розвитком вагітності, завдяки плоду, що розвивається, і відповідних гормональних впливів м'язи матки продовжують розтягуватися, забезпечуючи цим збільшення об'єму її порожнини відповідно до величини плода.

Значних змін під час вагітності зазнають яєчники. Вони збільшуються у розмірах, у них припиняються щомісячні цикли дозрівання фолікул і овуляцій, росте і розквітає жовте тіло, яке комплексом продуктів своєї життєдіяльності забезпечує зародку зручне місце у матці.

Особливий вплив вагітність чинить на нервову систему жінки. Так, у другій половині вагітності, як правило, у корі головного мозку поступово збільшується частка процесів гальмування. Це слід розглядати як прояв обмежувального фактора, спрямованого на те, щоб уберегти

жінку від надмірного сприйняття різноманітних подразників, на спокійне, бережливе доношування вагітності.

У тісному зв'язку з нервовою системою перебувають залози внутрішньої секреції, які під час вагітності також змінюються. Це гіпофіз, підшлункова залоза, щитоподібна залоза та інші. Всі вони працюють у цей час з великою напругою, забезпечуючи ендокринний та гормональний зв'язок організмів матері та плода.

Під час вагітності в організмі жінки утворюється внутрішній секреторний орган — плацента, який регулює та забезпечує обмін речовин між матір'ю та плодом. У цьому органі, який має плодове та материнське походження, сконцентровані речовини, що необхідні для живлення плода і забезпечення його життя та розвитку. Кров матері та дитини зустрічаються у плаценті, але їх потоки ніколи не змішуються. У плаценті відбувається найінтимніший обмін речовин між материнським та плодовим організмами. Кров плода насичується киснем, водою, мінеральними солями, різними біологічно активними речовинами, продуктами живлення.

Для психологічної підготовки жінок до пологів важливо знати, якої складності проблеми є побіжними у житті кожної окремої жінки. Досвід свідчить про те, що наявність різних психологічних проблем і ставлення до них створюють різні рівні психологічної готовності жінки до випробувань, які її без сумніву чекають. Існують кілька груп жінок — майбутніх матерів різного соціально-психологічного ризику в залежності від цих зовні побіжних, але впливових проблем.

Для визначення групи соціально-психологічного ризику серед жінок-майбутніх матерів слід дати визначення крайнім проявам таких жінок або групи соціально-психологічної норми або ж патології.

Соціально-психологічною нормою назовемо групу жінок, які володіють психологічною готовністю до материнства. Вона включає у себе гармонійне поєднання фізичних та психологічних можливостей жінки. Це, насамперед, відсутність внутрішніх конфліктів у сприйнятті себе, свого місця у суспільстві (як жінки та носія певних професійних здібностей), задоволення від відповідності свого обранця на роль чоловіка і майбутнього батька дитини своїм сподіванням, певний рівень громадянської зрілості і можливості брати на себе відповідальність за когось, наявність стійкого бажання мати дитину, готовність витримати фізичні страждання у зв'язку з пологами.

Жінки протилежної групи не мають перелічених якостей зовсім, мають їх частково або мають їх зі знаком мінус. Тому перспективи перебігу їх вагітності майже завжди негативні у фізіологічному плані і завжди негативні у психологічному. Ми вже знаємо, що є 5 типів ставлення до кризової ситуації: ігноруючий, перебільшуючий, демонстративний, волюнтаристський та продуктивний (Т.М.Титаренко). Групи

жінок соціально-психологічного ризику якраз є прикладом ставлення до кризової ситуації, якою для них є пологи.

Звичайна невиношуваність

Група жінок соціально-психологічного ризику має багато відгалужень. Почнемо наш аналіз із групи звичайної невиношуваності вагітності. Головною психологічною характеристикою таких жінок є страх. Психокорекція представниць цієї групи має ґрунтуватися на зміні акцентів у їхній мотивації.

Погоджуючись із вагою і значущістю професійної самореалізації у житті людини, поступово переключаємось на істинні, притаманні жінці будь-яких часів та культур шляхи самопрояву. Головним моментом у такій спеціально орієнтованій бесіді є акцент на відповідальність. Відповідальність за життя власної дитини — людина, життя, здоров'я, майбутнє якої багато в чому залежить від ефективності перинатального, — періоду спонукає жінку поміркувати над зміною стереотипу власного життя, розважливістю щодо його ритмічності та насиченості подіями.

Нерідко жінки цієї групи глибоко орієнтовані на професійність і погано відчувають значущість такої особистісної цінності, як материнство. Саме тому для них доречною і переконливою є інформація про перинатальні матриці (С.Гроф). Нетрадиційний погляд на багатство і змістовність перинатального життя людини нерідко перевертають світогляд жінки, примушують її замислитися над власним життям, своїм майбутнім і різноспрямованими перспективами його розвитку — або успішними і відносно нормальними, або повними клопоту зі здоров'ям та вихованням дитини. Жінка, яка навіть один раз не змогла доносити вагітність внаслідок якихось причин, пов'язаних з її здоров'ям, відчуває страх перед можливим повторенням зриву. Хоча вона й намагається заспокоїти себе і часто промовляє, що дочувається добре і нічого поганого з нею цього разу не трапиться, але внутрішня непевність у собі, можливостях свого організму, повноцінності дитини, переживання пов'язані з виношуванням дитини, збільшують ризик самовільного аборту.

Звичайно, для того, щоб викликати прихильність пацієнтки, психолог повинен продемонструвати свою відвертість та зацікавленість у тому, щоб їй допомогти. У зв'язку з цим доречно було б згадати про активність дії такого невід'ємного інструменту психологічного консультування, як емпатія.

Р.Мей пише, що у перекладі з німецької "einführung" дослівно "відчуття усередину". Слово утворилося від грецького "pathos" (глибоке відчуття, близьке до страждання) з префіксом "ем", — що означає спр-

мованість всередину. Прослідковується аналогія зі словом “симпатія”, що означає “співчуття” і має відтінок сентиментальності. Емпатія — зочуття більш глибоке, що передає таке духовне єднання особистостей, коли одна людина настільки пройнята відчуттями іншої, що тимчасово отожднює себе із співрозмовником, начебто розчиняючись у ньому. Саме в цьому глибокому і трошки загадковому процесі емпатії виникає взаєморозуміння, вплив та інші значущі стосунки між людьми” (Мэй Р. с.51).

Цей же автор наводить мальовниче пояснення роботи психотерапевта: “Погляньте на людей, які вештаються по магазинах. Всі вони зі своїми непроглядними обличчями здаються одноманітними, начебто тільки на морському узбережжі. Але варто глянути під що захисну маску, і ви побачите дивне розмаїття та неповторність прихованих під нею характерів. Інколи після довгих та втомлюючих бесід з численними пацієнтами моя підсвідомість приходить до висновку, що наступний пацієнт буде нудним повторенням вже відомого мені. Але варто йому вимовити свої перші фрази, як я розумію, що переді мною захоплююча книга, яку я ще не читав”.

Отже, проблема одна — невиношування вагітності, пацієнтки дуже різні, допомога також різна. Розглянемо типові групи даного напрямку.

Першими типовими представниками цієї групи є пацієнтки, які, вивчаючи діагноз — звична невиношуваність вагітності, психологічно не приймають наявність проблеми у себе. Вони продовжують поводити себе у черговій вагітності наче з ними нічого не відбувається: той же режим життя, та ж його насиченість професійними подіями, рухливість та емоційна забарвленість. Можна вважати, що вагітність для таких пацієнток є легкою хворобливістю, на яку останні намагаються не звертати уваги, а приймають її як щось таке, що деколи заважає вести звичайний ритм життя.

Найчастіше такі пацієнтки належать до так званої категорії “професійних жінок”, для яких провідною цінністю є реалізація себе у професійній діяльності і побудова власної кар’єри. Тому психологічне прийняття ролі власного материнства входить у внутрішній конфлікт із певною потребою жінки у професійній самореалізації. Не зважаючи на попередній зрив вагітності, внутрішні важелі знову віддають перевагу інтересам жінки до перебудови власної кар’єри, вона звертає мало уваги на зміни самобуття у зв’язку з вагітністю, не застосовує ніяких самообмежень, хіба що кидає палити і не вживає спиртного.

Психокорекція представниць цієї групи має ґрунтуватися на зміщенні акцентів у їхній мотивації.

Більш багатоплановою є робота зі страхом у підгрупі пацієнток з іншим клінічним напрямком, але з іншою особистісною проблемою.

Мова йде про жінок зі звичною невинношуваністю вагітності, або тих, які здолали діагноз безпліддя шляхом фармакологічних та навіть хірургічних втручань і на момент консультації психолога перебувають у стані вагітності.

Емоційні важелі цих жінок балансують між почуттям величезної радості з приводу вагітності і такою ж сильною емоцією страху. Зокрема це стосується жінок, які багато років страждають з приводу нереалізованого материнства. Інколи ця проблема для них є самостійною, інколи вона є побіжною, але такою, із вирішенням якої жінка досягає головної мети на певному відтинку життя (наприклад, бажання зберегти сім'ю або довести значущій особі свою повноцінність як жінки та людини).

Така категорія жінок є дуже зручною для медичного персоналу, оскільки погоджується на будь-які "тортури" заради збереження вагітності. Але вона, ця категорія, є дуже небезпечною з точки зору психологічної рівноваги та перспектив психічного розвитку жінки та дитини.

Наш досвід показує, що такі жінки дуже багато "ставлять" позитивний перебіг власної вагітності. Так, нам довелося спілкуватися з жінкою, яка майже всі дев'ять місяців вагітності перебувала у горизонтальному стані. Сталося так, що в середині вагітності помер її батько. Розповідаючи про це, вона сама звернула мою увагу на те, як примушувала себе зберігати спокій і не дозволила собі повністю емоційно віддатися горю з приводу смерті батька, зберігаючи свою дитину.

Для переборювання страху та зниження напруженості, пов'язані із непевністю ситуації вагітності, для цієї категорії жінок ефективним є метод, запропонований А.Бандурою, О.Бланхардом Б.Ріттером. Він полягає у тому, що психолог моделює бажану (сміливу) для людини поведінку по відносно до об'єктів, що її лякають. В даному випадку пацієнтка більш за все лякає нездійснення їх мети, недосягнення того, чого вони прагнуть. Материнство є для них рубежем або дверима, які відкривають шлях до чогось потаємно-заповітного. Можливо, собі уявити вартість невдачі при такій установці на досягнення мети. Тому спонукання психолога уявити собі своє життя в разі невдачі, намітити конструктивні шляхи виходу з кризи є засобами психопрофілактики можливої психологічної кризи в разі невдалого виношування вагітності.

Нерідко сильними нас робить власна допомога тому, хто більше потребує. На нашу думку, таким середовищем, де б людина виліковувалася б після шойно перенесеної кризи, мають стати групи підтримки. Ці групи мають об'єднувати людей із спорідненими проблемами, які стоять на різних ступенях їх переборювання.

Безпліддя та грані самотності

Група з проблемами виношування може поєднуватися з жінками, які лікуються від безпліддя. Їх поєднує єдина мета — стати матір'ю, мати дитину. Кожна з учасниць цих груп, ділячись власним досвідом психологічного переборення проблеми, допоможе товарищці во нещастю. Ці групи дадуть можливість уникнути самотності, коли людина залишиться віч на віч зі своєю проблемою, одержати психологічну підтримку з боку людей, які розуміють всю гостроту конкретної ситуації, скористатися чиймсь позитивним досвідом виходу із кризи, перевірити свої власні міркування правильності обраного шляху допомоги тому, чий досвід бідніший за власний.

Наступну групу соціально-психологічного ризику складають жінки, які вирішили народжувати дитину самотійно, тобто без друга, без чоловіка. Найчастіше ця вагітність є результатом позашлюбних стосунків жінки з чоловіком, який вирішуючи зберегти першу сім'ю, рідко чинить активну протидію народженню позашлюбної дитини. Опинившись у такій ситуації, жінка бере відповідальність за все на себе. Інколи її активність стимулює сподівання того, що життя ще, можливо, якимось налагодиться. Хоча свідомо жінка бере на себе відповідальність за розлад чужої сім'ї, підсвідомо, проте, прагне, щоб у її дитини був батько, а у неї — чоловік, щоб було “як у всіх”. Здебільшого вагітність таких жінок проходить на такому емоційному фоні, який можна назвати конфліктним.

Головною емоцією у них є страх, який має різні витoki. Перш за все це може бути страх жінки залишитися самою, самотньою. Дитина у цьому випадку є засобом довести (хоча б собі) свою молодість, а отже силу. Також це шанс лишити біля себе чоловіка і “остання” спроба збудувати сім'ю.

Якщо чоловік самотній, якщо він не має досвіду сімейного життя, якщо він сумнівається щодо правильності вибору супутниці, то рідко така “політика” жінки спрацьовує. Інформація про можливе батьківство підштовхує чоловіка до прийняття “найважливішого” рішення — віддати свою свободу сімейному життю.

У цьому випадку доречним є, на нашу думку, активізувати у свідомості жінки самоцінність материнства як такого, тобто спробувати переорієнтувати мотив материнства із засобу на мету. Бажано називати конкретно конкретні переваги материнства і перспективи на шляху вирішення проблеми самотності конструктивнішими методами, ніж об'єднати нею. Таке спрямування бесіди допомагає жінці внутрішньо позбавитися психологічної залежності від чоловіка, активізувати у власному досвіді особистісні рис почуття самоповаги та відповідальності за своє життя і вчинки.

Якщо чоловік на момент вагітності жінки перебуває у шлюбі, а жінка його кохає, її психічний стан є набагато складнішим і навіть подеколи критичним для психічного здоров'я. Її "роздирають" внутрішні суперечності між бажанням бути поряд зі своїм обранцем і відпустити його, особливо тоді, коли у чоловіка у шлюбі є маленька дитина, яку він любить, і до офіційної дружини ставиться позитивно. Ця ситуація є травматичною для всіх. Кохаючи чоловіка, жінка хоче зробити його щасливим. В даному контексті це означає піти від нього, звільнити його від необхідності приймати рішення. З іншого боку, жінка всією душею прагне лишити чоловіка поряд із собою.

Оскільки нашою пацієнткою є жінка, ми працюємо з нею, опосередковано з усіма учасниками такої драми. Як ми можемо їй допомогти? У нас є декілька шляхів, кожен із яких може стати головним у залежності від індивідуальних особливостей жінки. Першим є шлях переадресування страху за себе на страх за ненароджену дитину і після цього перетворення емоції страху на емоцію турботи та відповідальності. Нетрадиційний погляд на розвиток дитини до народження, детермінованість психічного розвитку дитини її психологічним зв'язком із матір'ю напшовують жінку на розуміння тих трагічних наслідків, які несе у собі її байдуже ставлення до свого стану вагітності і відсутності належного контакту з іще ненародженою дитиною.

Наступний напрямок психотерапії можна назвати "життя без нього". Під час спільної бесіди жінка моделює життя, яке вона буде вести у разі відсутності партнера-батька дитини. Починається ця розмова із звичних для сучасної дійсності проблем матеріальних: які засоби матеріальної допомоги може одержувати жінка, спираючись тільки на себе і свій статус матери, коли виховує дитину сама. Поступово розмова переходить до проблем суто психологічних: де черпати сили, щоб знести самотність, розчарування, втрату надій. Звичайно, що підвищення самоповаги, згадка про власні життєві цінності, інтереси і навіть хобі є недостатніми, щоб стати базовою підтримкою для жінки у важкі для неї часи життя. Звичайно будуть коливання настрою, бажання "повернути" ситуацію примарного щастя, відчай та самоїдство.

Для такої категорії пацієнток необхідною є група психологічної підтримки, де люди з подібними проблемами зустрічаються регулярно і ділячись власним досвідом, допомагають одне одному подолати внутрішні суперечності та бажання повернутися до старого — травматичного стереотипу життя.

Як відомо, внутрішню силу можна відчути, маючи за плечима досвід подолання себе, пов'язаний з набуттям нових цінностей, ідеалів, нової життєвої мети. Такі моменти є складними для людини, але ніхто на своєму життєвому шляху не може їх уникнути. Інша справа, що деякі їх називає невезінням і, прийшовши до тями після чергового удару

долі, знову буде свій життєвий шлях по знайомій “колії” аж до подібної поразки. Інші виходять на новий рівень світобудування. Якщо він є прогресивним відносно попереднього, то вимагає від людини великої мужності, послідовності та ризику. Рухаючись по новому для себе життєвому шляху, обираючи нову стратегію цього руху, нерідко методом проб та помилок, людина одержує перемоги; не зважаючи на тимчасові поразки, її досвід є дуже цінним для тих, хто йде позаду неї у здобутті нового себе, хто обрав новий шлях життя. Вона ж, ділячись своїм досвідом, одночасно дістає підтримку від тих, хто “йде” перед нею, і набуває сили, допомагаючи своїм досвідом тим, хто йде позаду неї. Таким ідеальним середовищем, що задовольняє потребу у наданні та отриманні допомоги, є групи зустрічі або групи підтримки людей із подібними проблемами.

Останній шанс

Особливе місце серед вагітних жінок групи соціально-психологічного ризику займають такі, що мають дітей зі складними соматичними або психічними захворюваннями

Хотілося б зупинитися на аналізі ситуації вагітності жінки, старша дитина якої хвора на аутизм. Мова йде про сім'ю творчомистецького спрямування, сім'ю художників. Спільний професіоналізм та прийняте у суспільстві розподілення ролей позитивно позначилося на внутрісімейному кліматі. На момент нашого знайомства жінці було 38 років. Її син відвідував спеціалізований інтернат для дітей, хворих на аутизм. А головною рисою жінки, які допомогла їй адаптуватися до життя, — вміння йти на компроміс.

Безперспективність реалізації себе у професійній діяльності (перевага віддана чоловікові), неможливість творчо втілити себе у житті першої дитини дали поштовх у прийнятті рішення про народження другої дитини. Емоційне тло, на якому жінка зважилася на цю вагітність, було дуже змішаним і суперечливим. Це надія на здорову дитину і бажання відчувати повне материнське щастя. Це й страх повторення першої ситуації і народження знову хворої дитини. Це ризик змінити щось у своєму житті на краще або повторити попередню ситуацію.

Проговорення позитивних та негативних перспектив другої вагітності для себе частково звільнило жінку від напруження. Розповідь консультанта про психологічні особливості перинатального життя дитини і значення правильної материнської поведінки у його формуванні заповнила актуальне життя жінки позитивним змістом, внесла елемент творчої активності в її ставлення до себе. Головною стратегією на період вагітності була обрана така, що створює позитивний настрій у жінки, який має передаватися дитині. Ми мали змогу спертися на про-

фесіоналізм жінки — вміння бачити прекрасне в оточуючому і дивитися своїми спостереженнями з дитиною. Таке переключення жінки на необхідність жити у сьогодні, а не лише для завтра, ослаблює її незрозумілість, підвищує самоцінність, самосприйняття та загальний настрій.

Самовідчуження

Ще одна група майбутніх матерів групи соціально-психологічного ризику представлена жінками, які з відразою ставляться до перспективи народження нового життя у собі. Такі жінки не приймають факт своєї вагітності позитивно, тобто психологічна готовність до народження дитини у них відсутня. Під впливом чоловіка та близьких родичів жінка йде на компроміс із собою — зберігає вагітність. Найчастіше одним з важливих аргументів для захисту вагітності є перспектива, що для неї буде гірше, якщо вона зробить аборт і, можливо, після нього зовсім не зможе мати дітей. Цей страх можливого більшого страху примушує таку категорію жінок зберігати вагітність. Одна пацієнтка дала дуже яскраве порівняння самовідчуження, яке викликає у неї власна вагітність. Вона порівняла свої уявлення про свою вагітність з фільмами жахів — одне життя розвивається у іншому. При цьому формально такі жінки адаптовані до соціального оточення: мають освіту, шлюб, сприятливі сімейні та побутові умови.

Психокорекційна робота з такими жінками є складною, бо висновки спираються на могутню власну установку. Найбільш типовим місцем у їх стронкій концепції актуального життя є страх того, що буде погано, якщо вони перервуть цю вагітність. Тому, як свідчить досвід, прийнятною для такої категорії є стратегія психолога, за якою жінкам даються знання про те, що психіка дитини починає розвиватися із пренатального періоду. А провідником зв'язку дитини з оточуючим є її мати. Тому негативна енергія матері по відношенню до дитини, яка розвивається, породжує у останньої негативну енергію по відношенню до матері і всього навколишнього світу.

Екскурс у проблеми дитячої психіатрії і пропозиція відвідувати одну із спеціалізованих дитячих установ стають дійовим механізмом самокорекції жінки. Іноді незадоволеність власною позицією спонукає до того, що жінка переосмислює власне ставлення до життя, яке набувається всередині неї, тим самим бажаючи зупинити руйнівну силу негативної енергії. Жінка не хоче мати в особі власної дитини ворога, тому повертається іншим боком до своєї проблеми.

Різні сім'ї — спільні діти

Наступним напрямком аналізу групи жінок соціально-психологічного ризику є жінки, які на період вагітності перебувають у другому шлюбі, в сім'ях яких ростуть власні діти від першого шлюбу. Хочеться зупинитися на аналізі найбільш складного прояву подібної ситуації, коли збіг обставин зібрав у одну сім'ю людей з покаліченими долями, і відносне щастя їх усіх залежить від правильної поведінки вагітної жінки.

Прикладом із досвіду може слугувати чоловік — удівець, перша дружина якого померла від діабету. Її захворювання стало причиною смерті їх маленького сина, який успадкував материну хворобу. Переживши смерть сина, сім'я бере із дитбудинку хлопчика. Невдовзі помирає жінка, і чоловік лишається сам із прийомним сином. Відуючи, чоловік зустрічає жінку із сином, чоловік якої загинув в результаті автокатастрофи. Вони одружуються, і тепер жінка чекає дитину.

Виявилось, що сім'я сповнена суперечностей, які беруть початок із попереднього життя чоловіка. Він досі ще не відійшов психологічно від травми після смерті власного сина та дружини. Прийомний син, стосунки із яким були хороші у першому шлюбі чоловіка, тепер постійно нагадує останньому про ті життєві трагедії, які він пережив. Тому чоловік уникає контактів із хлопчиком і краще ставиться до сина своєї другої дружини. Така нерівність у стосунках викликає ревності прийомного сина до сина жінки, які виливаються у конфліктах між хлопцями, в яких перемагає прийомний син, бо він старший і сильніший (обидва підліткового віку), і цим викликає ще більше неприйняття свого прийомного батька.

Чоловік не може дати ради своїм переживанням, тому нерідко вживає спиртне, чим викликає велике незадоволення жінки, хоча її вагітність є втіленням його провідної потреби — мати власну життєздатну дитину. Ось такі суперечності, на тлі яких в утробі жінки розвивається нове життя. Ця ситуація є "ідеальною" для зосередження всіх проблем сім'ї у психіці нової людини.

Звичайно у такій ситуації навряд чи можна обійтися однією порадою психолога. Виходячи з того, що головне коло проблем зосереджене навколо чоловіка, який з метою релаксації подеколи звертається до спиртного, слід корекцію всіх стосунків починати звідти. Головне, щоб тактика все розуміючої дружини, яка жаліє свого чоловіка і бере на себе головний тягар сімейних клопотів, не призвела до так званих взаємних співалкоголізму, коли жінка зовсім не вживає алкоголю, але її ставлення до чоловіка, в якому співчуття послідовно змінює засудження, а поблажливість співчуття, робить коло замкненим. Чоловік все більше втягується у таку "релаксацію", а жінка поступово набирає повної влади у вирішенні всіх домашніх проблем. Якщо ситуації дати мож-

ливість розвиватися поступово, то вона може скінчитися або примусовим лікуванням чоловіка, або тим, що жінка залишиться одна з двома дітьми.

Звичайно, вагітній жінці важко брати на себе відповідальність за вирівнювання відносин всієї її сім'ї, але у неї навряд чи є інший вибір. Жінка під керівництвом психолога повинна так впливати на чоловіка, щоб викликати у нього довіру до психологічної допомоги і бажання позбутися тих основних проблем, які спричиняють його втечу в алкогольну "нірвану".

Доречно було б підтримувати взаємодію між групою психологічної допомоги для жінок, які опинилися в подібній життєвій ситуації, і групою допомоги для анонімних алкоголиків, де б могли одержати психологічну допомогу люди, у яких виявилася залежність від алкоголю. Що стосується жінок, то одна група допомогла б об'єднувати вагітних жінок із сімей, обтяжених проблемами. Друга могла б об'єднувати жінок з проблемними стосунками, але вже у післяродовий період.

У групі вагітних жінок головна стратегія психотерапії повинна сприяти нормальному розвитку плода і покращанню взаємодії жінки та чоловіка.

3. ПСИХОЛОГІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

Фізіологія розвитку дитини до народження

Ще донедавна вивченням життя людини до народження займалася переважно ембріологія. Тепер ми знаємо, що власна історія людини починається вже до народження. На основі результатів досліджень ембріологів відомо, що нове життя починається з моменту запліднення жіночої клітини чоловічою. До кінця першого тижня між зародком і його новим "житлом" у матці налагоджується тісний зв'язок.

На другому тижні розвитку з безформної маси клітин виникає дещо певне, спеціалізоване: зовнішній лист, наприклад, дасть центральну нервову систему і шкіряний покрив, внутрішній — систему органів травлення. На третьому тижні розвитку між цими двома листами з'являється третій — середній. У подальшому його клітини дадуть початок м'язам і кісткам. В кінці третього тижня утворюються зачатки кінцівок без поділу їх на відділи. У шийній частині вже розміщуються жаберні щілини, різко відокремлена голова має зачатки очей, вухів та рота. На кінці тіла добре помітний хвіст. Перший місяць внутрішньоутробного життя завершується тим, що зв'язок із матір'ю встановлюється за допомогою пуповини.

Другий місяць життя. З цього часу зародок вже називають ембріоном. Тепер у нього із трьох зародкових листів формуються тканини і починають утворюватися органи. Клітини кожного листа інтенсивно діляться, перерозподіляючись у просторі, і спеціалізуючись. З 4-го по 8-й тиждень розвитку із зовнішнього зародкового листа формується центральна і периферична нервові системи. Утворюється чутлива покривна тканина — епітелій вухів, носа і очей, шкіряний покрив, волосся і нігті. Середній зародковий лист дає початок всій сполучній тканині, м'язам, скелету, внутрішнім органам, крові, лімфі, кровоносним та лімфатичним судинам, хрящам, статевим залозам, тканинам, що вистилають всі порожнини тіла.

Внутрішній зародковий лист утворює внутрішні шари шлунка та кишечника, органів дихання, основні частини щитоподібної залози, печінки, надшлункової залози та інших органів.

У цей час з'являються зовнішні ознаки людини — лице, вуха, очі, ніс; у зачатках кінцівок намічається поділ на відділи, з'являються пальці, спочатку з'єднані плавальною перетинкою. Ембріон тільки-но починає походити на людину, але його життя загрожує небезпека — це саме той вік, коли за бажання жінки лікарі можуть зупинити його подальше існування. Якщо він подолає цю межу, то розвивається далі.

Третій місяць. Ріст безперервно продовжується, ембріон досягає 4-х см. На пальцях з'являються нігті, голова випрямляється і намічається шия. Очі закриваються завдяки зрошенням повіями. У другій половині третього місяця з'являються зовнішні статеві органи. З третього місяця розвитку настає плідний період, який триває аж до появи новонародженого на світ. Тіло плода у цей час швидко росте, він набирає масу, яка до моменту народження у середньому буває у хлопчиків 3400 грамів і у дівчаток — близько 3250 грамів.

До кінця третього місяця лице плода схоже на людське, вуха займали своє нормальне місце. По зовнішніх статевих органах можна легко визначити, хлопчик це або дівчинка. Починає з'являтися м'язова активність, але слабкі рухи поки що не помітні для матері. Рухи плода різко відчуються нею до кінця четвертого місяця, коли його м'язи сформувалися.

На п'ятому місяці свого існування плід досягає довжини від тімені до п'яток 230 мм., важить близько 500 грамів. Рухи його енергійні і легко визначаються. На тілі та обличчі з'являється волоссяний покрив, шкіра змащена так званим первородним мастилом.

Шостий місяць. Довжина плода від тімені до п'яток 300-350 мм., його маса біля 800 грамів. У цей час на обличчі помітні брови та ніс, розривається спайка між повіями. По всьому тілі збільшується жировий шар, пушок, що вкривав тіло, зникає. Коли плоду виповнюється 28 тижнів, він вже здатний жити поза організмом матері.

Завдяки досягненням медицини народження семимісячної дитини не загрожує її життю. Але вона ще занадто мала: її ріст 355 мм., маса тіла 1300 грамів.

Восьмий місяць допомагає плоду стати більшим. Кількість крові збільшується і на дев'ятому місяці тіло набуває закінченого вигляду. У середньому тривалість внутрішньоутробного життя становить 280 днів (40 тижнів), але бувають відхилення, від 245 до 325 днів.

При виливові на плід шкідливих факторів у першу чергу страждають його органи і системи, які в цей момент перебувають у так званому "критичному періоді", тобто у стані підвищеного дроблення клітин і формування органів.

Розрізняють такі основні періоди, коли ті або інші негативні фактори найбільш небезпечні для організму: спермогенез, вихід яйцеклітини із фолікули яєчника, запліднення, занурення заплідненого яйця у слизовий шар матки (7-8-ма доба запліднення), період формування окремих органів плоду і плаценти (3-8-й тиждень), диференціація функцій органів і систем плоду (20-24-й) тиждень, момент народження, період адаптації новонародженої дитини (Брусиловский А.И., 1984). Все це стосується фізіологічного аспекту внутрішньоутробного розвитку, а як же психіка?

Психологічний аспект перинатального розвитку

Ще до народження дитина веде активне психічне життя. Відомо, що нервова система виникає дуже рано, але головний мозок не закінчує свого розвитку до народження. Він буде ще довго розвиватися протягом багатьох років після народження дитини. Проте функціонувати органи центральної нервової системи починають в утробі матері.

Так, аж до останніх років неможливо було припустити, на схоже життя ще не народженої дитини. Наукові досягнення дають змогу спостерігати за життям дитини на дисплеї. А німецький фотограф Лінарт Нільсон зняв на плівку розвиток зародку людини до народження в утробі матері. Виявилось, що діти позіхають, хапають щось руками, потягуються, гримасують — роблять майже все, що вони будуть робити після того, як з'являться на світ.

Спостереження Нільсона свідчать, що у п'ять місяців людини виявляє свою погану або хорошу вдачу. Вона вже чує голосні звуки зовнішнього світу, у якому живе її мати. Американець Т.Верні уточнює, що з 24-го тижня дитина постійно реагує на шуми. Вона чує голоси матері та батька, але ритмічні удари серця матері домінують над усіма шумами. Поки цей ритм не міняється, дитина відчуває себе у безпеці. Підсвідома згадка про биття материнського серця, певно служить пре-

чиною того, що після народження дитина заспокоюється, як тільки її беруть на руки або коли вона чує цокання годинника. (Верні Т.).

Чи впізнає новонароджений голос своєї матері? Для того, щоб визначити це, американець Ентоні Де Каспер провів дотепний експеримент. Він одягав м'які навушники на новонародженого і давав йому пляшкову соску, прикріплену до закритої гумової трубки. В залежності від зміни тиску у трубці переключалися канали на магнітофоні. Якщо дитина робила довгі паузи між смоктанням, вона чула один канал, якщо паузи були коротшими — інший. Малюк, таким чином, мав можливість змінити канали. Виявилось, що новонароджені віддають переваги голосу своєї матері перед голосами інших жінок. Проте у дитини немає природженого інтересу до голосу свого батька: знаходячись у матці, вона чула його лише зрідка, у той час як материнський голос був з нею завжди. Однак вже через два тижні після свого народження дитина може впізнати й голос батька.

Вже до народження дитина відчуває дискомфорт (через голоси), якщо до кімнати входить хтось, кого недолюблює мати або батько. Вона може відверто боятися, відчувати сирітство, якщо з нею не спілкуються думки або вголос. Спеціалісти зі психології плоду — неонатальні психологи — вважають, що саме почуття страху та самотності — два основні негативні стани плоду, які можуть відбитися на його розвитку, наприклад, затримкою.

Новонароджений має здатність настроюватися на модуляцію своєї рідної мови. Французькі вчені за допомогою методики, подібної до експерименту Де Каспера, виявили, що діти французьких батьків, якщо їм надавався вибір між французькими словами та російськими, реагували більше на французькі. А спостереження за матерями, які співають колискові своїм дітям до народження, свідчать, що вони можуть і після народження заспокоїти їх цими ж колисковими.

Отже, у п'ять місяців дитина чутливо реагує на мамин настрій, зміни зовнішнього світу, але віддає перевагу ніжним, спокійним звукам материнських рівнів.

Чи може стрес матері зашкодити її дитині? Вчені вважають, що від природних стресів дитина надійно захищена самою материнською турботою. Інша справа — безперервний сильний стрес. Навіть з боку психології він приносить шкоду, оскільки, нервуючи, жінка не стежить за власним харчуванням, а не рідко ще й супроводжує свої переживання прийняттям та наркотичними стимуляторами, хоч би такими, як кава. Психологічна сторона такого стресу має далекі наслідки, адже, займаючись власними проблемами, мати на довгий час лишає дитину покинутою. Це глибоко впливає на дитину.

Ненароджена дитина готує себе до життя після народження подобно до того, як атлет тренується перед виступом. Їй не треба дихати,

але її діафрагма робить рухи, характерні для дихання. Їй не потрібні їжа, ні пиття, але вона п'є навколоплідну рідину. Навколоплідний мішок, у якому знаходиться дитина, захищає її від механічних пошкоджень та температурних змін, змащуюча рідина дозволяє їй виконувати вільні рухи, необхідні для розвитку кісток та м'язів.

Смакові сосочки на язика вже добре розвинені до кінця вагітності дитина віддає перевагу солодкому. У 28-тижневого плода спостерігаються відповідні реакції миміки на різні смакові відчуття: негативні гримаси на солоне і гірке та задоволення на солодке.

У нормі плід ніколи не відчуває ні голоду, ні спраги. Але якщо мати не одержує повноцінного харчування, недостатнім буде й харчування дитини. Це спостерігається у таких випадках, коли мати багато палить, що перешкоджає нормальному проходженню крові через плаценту. Результати спостережень свідчать, що у подібних випадках дитина робить грудною клітиною і гортанню рухи, характерні для плачу.

Зір — найменш важливе для життя у матці відчуття. Проте перші ознаки формування очей можна виявити у 22х добового зародка. У віці семи тижнів зародок людини вже має всі складові частини ока. У 17 тижнів плід мружить очі, а починаючи з семи місяців очі плода реагують на яскраве світло. В сім місяців дитина відкриває очі. І хоч там де вона живе, дуже темно, дивиться, не заплющуючи повік. Коли яскраве світло падає на оголений материнський живіт, малюк з відкритими очима повертається до джерела світла. А на окремий світловий промінь, спрямований на живіт його матері, він реагує інакше — частіше за все відвертає голову або підстрибує.

Вчені помітили, що плід зберігає своє положення у матці незалежно від зміни положення тіла матері відносно центру тяжіння Землі. Вестибулярний апарат внутрішнього вуха починає функціонувати вже у шестимісячного плода. З його допомогою він зберігає рівновагу і швидко відновлює зміну у положенні тіла. У шість місяців дитині вже тісно у матці, і вона вже готова покинути її. Для цього плід повертається вні голову — так зручніше вибратися. Посилаючись на З.Фрейда Л.Нільсон пише, що у цей час попереду у маленької людини вісімдев'ять довгих безтурботних тижнів, не затьмареного насиллям задоволення. Потім почнеться всіляке стримування інстинктів та бажань, а поки що, у непокинutoму раю безтурботно очікуючи радість задоволеного апетиту, малюк смокче великий палець (Г.Гоер, Дж.Браун).

Криза як випробування зв'язку "мати — дитина"

Головним іспитом для матері і дитини є пологи. Відомо, що дитина під час свого народження трудиться нарівні з матір'ю і крім фізичних страждань, зазнає сильної психічної травми.

З точки зору лікарів, стрес для дитини під час пологів викликається періодичним зниженням постачання кисню, коли тиск під час перейм перебиває рух крові через плаценту. Для здорових доношених дітей це не є небезпечним. Стрес фактично готує дитину до життя поза маткою. Адреналін, що виробляється організмом плоду, спрямовує кров до життєво важливих внутрішніх органів, які можуть постраждати від нестатку кисню. Адреналін також сприяє адсорбції рідини в легенях і стимулює вироблення речовин, що сприяють розпрямлянню легенів.

Який же психологічний аспект цієї проблеми? Л. Уотсон вважає, що людина вперше знайомиться з життям в момент свого народження. Мало кому із людей доводиться іще раз пережити таке небезпечне мандрування, як подорож по десятиметрових родових шляхах. Ми ніколи, певно, з точністю не дізнаємось, що відбувається у цей час у свідомості людини, але, мабуть, її відчуття нагадують різні стадії вмивання.

Коли починаються пологи і матка здійснює перші жакливі спроби підштовхнути дитину із теплого і безпечного сховища, вона, певно, упирається. З медичної точки зору пологи являють собою акт по суті своїй пасивний з боку дитини; вся робота здійснюється матір'ю скороченням її матки, у той час як дитина пересувається більш — менш як неживий предмет. Чільне медичне переконання полягає у тому, що дитина не усвідомлює оточуючого і не відчуває болю. Нейрофізіологи заперечують можливість пригадування народження, оскільки кора головного мозку новонародженого ще не розвинута і нейрони не мають мієлінової оболонки.

У світлі сучасних досліджень свідомості, ця позиція є результатом упередженого мислення. Експерименти та спостереження, що демонструють дивну чутливість плода продовж перинатального періоду і припускають наявність примітивних форм пам'яті у одноклітинних організмів.

Дослідження С.Грофа показали, що самим індивідом з перспективної точки зору процес народження сприймається і інтерпретується як суворе випробування, що вимагає граничної боротьби та сил.

Для практики глибинної емпіричної роботи стало корисним припущення про існування динамічних матриць, що керують процесами перинатального рівня несвідомого. Назвали їх базовими перинатальними матрицями (БПМ). С.Гроф виділив 4 БПМ, які відповідають фізіологічним стадіям пологів.

Так, БМП-1 відповідає фізіологічному періоду, поки плід розвивається в утробі матері до моменту перших перейм. Плід одержує на цій стадії досвід симбіотичної єдності з материнським організмом.

Друга перинатальна матриця — БПМ-2 — відноситься до самого початку пологів, їх першої клінічної стадії. Тут початкова рівновага внутріматкового існування порушується: спочатку тривожними клінічними сигналами, а потім м'язовими скороченнями. Символічним вираженням БПМ-2 є досвід відсутності виходу. Ситуація, як правило, здається абсолютно нестерпною і безнадійною.

БПМ-3 споріднена з другою клінічною стадією біологічних пологів. Скорочення матки тривають, але шийка вже відкрита, і це дозволяє плоду рухатися по родовому каналу. Знаходячись під впливом цієї матриці індивід відчуває елементи титанічної боротьби, садомазохістські переживання.

Четверта перинатальна матриця — БПМ-4 — пов'язана змістом з третьою клінічною стадією родів, з безпосереднім народженням дитини. На цій останній стадії болісний процес боротьби за народження підходить до свого кінця, рух по родовому каналу досягає своєї кульмінації, і за піком болю, напруги і сексуального збудження приходить раптове полегшення та релаксація. Символічним вираженням останньої стадії родів є досвід смерті-відродження. Парадоксально, що перебуваючи в періоді звільнення, індивід відчуває наближення катастрофи величезної сили.

Сам момент народження переживається за нормальних умов як власний тріумф. Якщо проходження ситуації народження було правильним, без ексцесів та виснаження, а постнатальний догляд був вірним та чуйним, індивід залишається з "майже клітинним" відчуттям віри в себе у боротьбі з перешкодами та їх переборюванням. Ті ж, хто народжувався під дією важкої загальної анестезії, нерідко пов'язували з цим свої сьогоденні труднощі у завершенні будь-яких проектів. Вони зазначають, що здатні мобілізувати достатньо енергії і сповнені ентузіазму на ранніх стадіях будь-якої великої справи, але потім гублять відчуття концентрації на цьому, відчувають, що енергія розсіюється і губиться. В результаті їм ніколи не доводиться відчути повну завершеність свого проекту, а звідси — задоволення, що надходить за цим. Мануальне втручання, або застосування допоміжних щипців для прискорення пологів веде до утворення у чомусь подібної основи. Такі індивіди здатні працювати з адекватною енергією та ентузіазмом на початкових стадіях проекту, але втрачають віру в себе якраз перед його завершенням і вимушені спиратися на зовнішню допомогу для "останнього ривка". Після часу народження було стимульовано, сповіщають, що їм не подобається, коли їх підштовхують до реалізації якоїсь справи, поки вони не відчувають свою готовність, або ж вони можуть відчувати, що їх штовхають на щось, навіть якщо об'єктивно це не так.

Велике значення, з точки зору С.Грофа, має вивчення досвіду індивідів, що були народжені за допомогою кесарського розтину. При

ньому суттєво розділити вибраний (неродовий) кесарський розтин і невідкладний кесарський розтин. Перший планується заздалегідь по різних причинах: занадто вузький таз або занадто великий плід, матка може бути пошкоджена попереднім кесарським розтином або мода може спонукати жінку вибрати розтин косметичними міркуваннями. Дитина, народжена у такий спосіб, повністю минає ситуацію переїм та проходження по родоводу. Їй все ж доводиться зустріти кризу відокремлення від матері, перерізання пуповини і, напевне, дію анестезії. Невідкладний кесарський розтин звичайно відбувається після багатьох годин травматичних пологів, коли стає очевидним, що їх продовження буде небезпечним для матері та дитини. У цьому випадку загальна травма набагато серйозніша від тієї, що супроводжує нормальні пологи.

Вивчення людей, народжених вибраним кесарським розтином, дає можливість зробити наступні висновки. Так, якщо пізніше не відбувається негативного програмування обставинами життя, ці люди швидко відкриті для духовного досвіду, мають легкий емпіричний доступ до трансперсональної області, легко актуалізують перинатальну пам'ять. І все ж, досягнувши емпірично під час глибинних сеансів психотерапії свого рівня народження, вони сповіщають про відчуття фундаментальної неправильності, неначе вони порівнюють спосіб, яким вони прийшли у цей світ з якоюсь філогенетичною або архітиповою матрицею, котра вказує, яким має бути процес народження. Дивно, але ж не вистачає переживань нормального народження — виклику та стимулу, який полягає у ньому, зіткнення з перешкодами та тріумфального виходу із стискаючого простору. Під час сеансів вони просять асистентів відтворити стискаючу ситуацію народження, щоб мати можливість боротися за своє звільнення. Напевно, в результаті прискореного розв'язання проблеми пологів такі люди не готові до майбутніх невдач життя і позбавлені витривалості у боротьбі або навіть здатності розуміти життя у термінах проєктів.

До того ж проходження через родовий канал і його стиснення лежить в основі відчуття обмеження (кордонів) у світі. У народжених вибраним кесарським розтином може бути відсутнє відчуття їх місця у світі, вони можуть не уявляти, чого слід реально чекати від оточуючих. Їм здається, ніби вони відчувають, що весь світ повинен бути годуючою утробою, забезпечувати безсумнівно все, що вони потребують. Їм прикрашено брати, і якщо вони одержують все, чого хочуть, то вимагають більшого. А поскільки світ суттєво відрізняється від утробы, рано чи пізно він дає відсіч, і уражений індивід зникає у психологічній ізоляції. Суттєве кредо народжених кесарським розтином може у крайніх випадках хитатися між безладними та надзвичайними вимогами та обмеженими відходами.

Важливо зрозуміти, яка велика різниця існує між нормальним народженням та кесарським. Під час нормального народження внутріматкові умови погіршуються і стають нестерпними, відтак момент народження переживається як звільнення, як фундаментальне покращання відносно попереднього. При вибраному кесарському розтині дитина переміщується від симбіотичних взаємин в утробі прямо у зовнішній світ, де повинна зіткнутися з відокремленістю, голодом, холодом, необхідністю дихати та іншими складностями. Ситуація дійсно гірша, ніж попередній внутрішньоутробний стан, хоч на стадії пізньої вагітності матка не задовольняє потреб дитини у тій мірі, як на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку.

Якщо після народження немовля зустрічає любляче та чуйне ставлення, багато що у безпосередньому травматичному впливові цієї загрозливої для життя ситуації буде компенсовано або урівноважено. Це особливо вірно, якщо вагітність пройшла задовільно і новонароджене має хороші психологічні дані. Така дитина провела дев'ять місяців у хорошій матці і потім була катапультована у процес народження. На думку С.Грофа, процес народження буде завжди травмуючи, навіть коли продовжується недовго, а мати психологічно стійка, любляча і добре підготовлена. Все одно — одразу ж після народження дитину добре було б покласти на живіт або на груди матері для відновлення симбіотичних взаємовідносин. Комфортний вплив фізичного контакту вже доведено експериментально, і добре відомо, що звук серцевих скорочень є для новонародженого суттєвою підтримкою.

Симбіотична ситуація хороших грудей дуже близька до того, що переживається у хорошій утробі. У цих обставинах може статися психофізіологічне зчеплення, яке справляє вирішальний вплив на всі подальші стосунки між матір'ю та дитиною. Якщо дитину потім занурити у злегка підігріту воду, яка відтворює внутріматкові умови, — це ще один могутній заспокійливий та лікуючий засіб. Нібито дитині кажуть мовою, посильною її розумінню: "Нічого жахливого та непоправного не сталося; деякий час було важко, але зараз, в цілому, ти там же, де був і раніше. І життя знову стане хорошим". Цей підхід, вважає Гроф, майже на клітинному рівні віддруковує загальний оптимізм та реалізм по відношенню до життя, здорову довіру до себе і здатність зустріти майбутній виклик. На все життя індивіду дається позитивна відповідь на питання, яке Ейнштейн вважав ключовою проблемою існування: "Чи дружній до мене Всесвіт?"

І навпаки, якщо дитина одразу ж після народження зустрічає теперішнє "відмінне медичне обслуговування", психологічна ситуація буде зовсім іншою. Пуповина звичайно перерізається моментально, респіраторні шляхи очищаються, дитину ще лягнуть по сідницях для стимулювання дихання. Потім крапля нітрату срібла вводиться їй в очі.

щоб попередити можливе зараження гонореєю від матері, і її поспішно мивють і одягають. Це майже все, що вона одержує від людей, щоб подолати найсерйознішу травму у житті, з якою можуть порівнятися по глибині тільки смертельно небезпечні ситуації і, кінець-кінцем, біологічна смерть. Після того, як дитину покажуть матері, її забирають у дитячу кімнату, щоб носити до матері у наступні дні за спланованим акуше-рами науково-обґрунтованим розкладом. Дитина, що обслуговується таким чином, залишається з глибоко посяяним у ній переконанням, що внутріматковий рай загублений раз і назавжди, що нічого хорошого вже не буде. Відчуття психологічної поразки і відсутність упевненості при зустрічі з труднощами викарбувані у самій серцевині її сутності.

Згідно з концепцією Грофа, хороший материнський догляд, задоволеність, безпека та загальне переважання позитивних переживань у дитинстві можуть створити динамічну буферну зону, яка охороняє індивіда від прямого підбурюючого впливу перинатальних емоцій, відчуттів та енергії. І навпаки, продовження травматизації у дитинстві не тільки не дає цього захисного екрану, але й додає матеріалу до негативних емоцій і відчуттів, накопичених у перинатальному періоді. Внаслідок дефектів у захисній системі перинатальні елементи можуть внаслідок прорватися у свідомість у вигляді психопатологічних симптомів або їх комплексу.

Змістова специфіка травматичних переживань дитинства і їх розподілення у часі будуть у цьому випадку посилювати деякі аспекти досвіду народження або перинатальної динаміки і визначити тим самим кінцеву форму психологічних відхилень, що виявляються у житті індивіда.

Так, травматичні ситуації, де людина грала роль безпомічної жертви, вибірково посилюють динамічну релевалентність БПМ-2.

Подібно до цього ситуації, що включають насильство, але дозволяють деяку ступінь активного опору з боку суб'єкта, будуть посилювати БМП-3. Наприклад, переживання зґвалтування буде характерним чином вибірково посилювати сексуальний аспект третьої перинатальної матриці, оскільки воно включає комбінацію страху, агресії, боротьби і сексуальності.

Як відомо, поряд з оптимізмом по життю "крокує" страх. Іноді почуття страху з'являється у зв'язку з хворобою близької людини, деякі люди переживають почуття страху, знаходячись у замкненому просторі — поїзді метро, ліфті чи літаку (клаустрофобії). Є такі, що панічно бояться різноманітних інфекцій, бояться захворіти і весь час вдаються до тих чи інших запобіжних профілактичних заходів. На думку Грофа, всі страхи беруть свій початок до народження.

Клінічні спостереження дозволили Грофу припустити, що з початком вагітності активізується несвідома пам'ять про своє власне за-

чаття. Коли плід розвивається у матці, у несвідомому матері, певне відтворюється історія її власного ембріонального розвитку. Процес пологів у свою чергу активізує пам'ять про її народження, і в момент, коли вона дає життя своїй дитині, відбувається зв'язок з несвідомим записом про момент її власного народження. Годуючи дитину, жінка повторно програє на певному рівні власну історію раннього дитинства.

Близькість пам'яті про агонію народження ускладнює жінці розуміння репродуктивної функції і прийняття своєї жіночості, бо для неї це пов'язано із завданням болі та мук. У таких випадках необхідно повторно пережити і проробити перинатальні муки, щоб з ентузіазмом прийняти роль матері. Актуальний страх материнства вже після народження дитини звичайно поєднує у собі різні примусові спонукання вчинити шкоду дитині, панічний страх цього і безпричинну стурбованість, що з дитиною щось станеться. Глибинні корені цього лежать у ситуації, де мати і дитина знаходяться у стані біологічного антагонізму, спричиняючи муки одне одному і обмінюючись величезними зарядами деструктивної енергії.

Ця ситуація здатна активізувати пам'ять матері про її власне народження і звільнити агресивний потенціал, який пов'язаний з її перинатальним періодом. Зв'язок між переживаннями пологів та пам'яттю про власне народження дають жінці, що тільки-но народила, цінну можливість виконати глибоку психологічну роботу. Якщо ж до цієї ситуації не підійти з розумінням, цей зв'язок може стати причиною подальших депресій, неврозів або навіть психозів.

Отже, перинатальний період людського життя і момент кризи народження є потенційною базою всіляких індивідуальних особливостей особистості, як позитивних та життєстверджуючих, так і тих, що ведуть до непатологічних відхилень особистості і психопатології. Кінець кінцем все залежить від батьківської любові. Вона буде поряд з дитиною і в період "райського" існування, коли всі потреби у їжі та захисті задовольняються і дитина проходить "курс тренування", готуючись до свого життя поза маткою. Постійне спілкування з дитиною вголос або подумки, створення умов для слухання рідної (а можливо і іноземної) мови, слухання "улюбленої" музики складають для дитини найближчу зону розвитку. Правильне використання сонячного світла, поглажувань живота рукою створюють для дитини стан психологічного комфорту. Перші перейми є сигналом матері про те, що для дитини починаються серйозні випробування. Її піклування про дитину — внутрішнє промовляння слів підтримки та заспокоєння, а також деякі тактильні вправи, — стануть тією психологічною підтримкою, яка злегшить пологи.

На зміну початковому опору і запереченню народження повинно кінець-кінцем прийти упокорення дитини перед непослабючим ру-

хом матки. Дитина може суттєво полегшити власні роди тільки розслабившись у стані відчуженості. У цей момент ми, певно, дійсно усвідомлюємо, що з нами відбувається, навіть через багато років можемо пригадати подробиці. У стані гіпнотичної регресії, коли людина крок за кроком повертається до початку свого життя, багато хто згадував різноманітні деталі власного народження: виходу назовні головою або ногами, накладання щипців, обмотування шиї пуповиною. Ці "згадки" можна пояснити по-різному, однак відомі випадки, коли під гіпнозом пацієнти сповіщали невідомі їм матерям деталі, які потім підтверджувалися об'єктивними медичними документами. Цікаво, що загальним для народження і смерті є факт відокремлення. У момент свого народження дитина вперше відокремлюється від матері, у процесі зростання дитини ця відокремленість збільшується, стає все більш тривалою (Гроф С., Гроф К., 1991).

На більш пізніх етапах дитина знову повертається до власних відчуттів, пережитих нею під час народження. Особливо це характерно для її ігор "у війну", "у сплячу красуню", пов'язаних з чередуванням "станів" життя та смерті, в яких дитина осягає реальність смерті у різноманітних умовах, граючи роль убивці, вмираючого, мертвого.

4. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЖІНЦІ ТА ДИТИНІ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПОЛОГІВ

Психологія вагітності

Пологи є заключним акордом чекань, переживань та сподівань жінки. Дев'ять місяців вона подумки і вголос звертається до цієї події. Самоті або ж з близькими, рідними, друзями, лікарями, психологами жінка проговорює варіанти своєї поведінки в родах. Результатом цієї свідомої і підсвідомої невпинної роботи є її внутрішня психологічна готовність у певний момент, долаючи нестерпний біль, виконати якнайкраще роботу народження людини. Наш досвід спілкування з вагітними жінками дозволяє зробити припущення, що всі вони без винятку бажають народжувати свою дитину природним способом.

У кожній особистості закладено позитивний початок, первинне призначення якого — направляти її шляхом самореалізації. Чимдалі жінка відхиляється від цього напрямку, тим інтенсивніше відчуває почуття незадоволеності. Це позитивне начало А. Менегетті назвав *сенсація* — джерелом сенсу і цілеспрямованості всього життя. Воно є каталізатором для визначення ступеня позитивності будь-якої дії. З його допомогою кожна людина у будь-який момент взаємодії з середовищем зможна вибрати найдоречніший варіант руху до самореалізації. Здатність

свідомо знаходити єдиний правильний вихід із будь-якої ситуації, що свідчить про особистісне зростання і про досягнення особистісних цілей у відповідності з фундаментальним принципом розвитку. Добре, коли вагітній жінці відкритий шлях до власного ін-се. Знаючи цінність взаємодії із власним центром, майбутня мати з довірою та повагою буде ставитись до центру своєї дитини.

Протягом усього часу народжування жінка повинна надавати фізичну та психологічну підтримку своїй дитині. Цю допомогу важко поділити, оскільки діалог жінки з дитиною під час переїм: заспокійливі слова підтримки, обіцянка, що скоро все скінчиться, слова любові та жалю у зв'язку з тим, що дитина вимушена терпіти загрози стискання матки, дають в результаті позитивний фізичний ефект: без переїм притупляється, оскільки все піклування жінки спрямоване на дитину, її самопочуття. Дитина в свою чергу, відчуваючи мамину підтримку та співзвучність власним переживанням — заспокоюється, менше травмується стисканнями м'язового мішка матки. Рівне глибоке дихання матері, релаксація та ходіння дають більш рівномірний доступ кисню до дитини, свободу її рухам, сприяють нормальному протіканню пологів. Жінка, яка не обізнана з закономірностями перебігу пологів та стану дитини на кожному з етапів, нерідко занадто чутливо прислуховується до власних переживань та самовідчуттів і веде себе відповідно: кричить від болю, цим напружує і без того напружені стінки матки та родовід, перекриває доступ кисню до дитини, дитина задихається, робить імпульсивні рухи, схожі на крик. Стан жаху у свідомості матері передається дитині.

Так, народжування дитини — це величезної сили напруження, коли все єство людини працює на максимальній потужності.

Однією з складових психологічної готовності жінки до народження дитини є актуалізація нею власної системи емоційно-вольової саморегуляції, або оволодіння відповідним комплексом вправ, які сприятимуть цьому. Ми вже знаємо, що опанування — це така поведінка, яка використовується людиною для керування власним переживанням та переживанням кризової ситуації. Це безперервні спроби у думках та мріях відповідати конкретним вимогам, що їх диктує ситуація, і не лише відповідати, а й трохи випереджати їх (Т.М.Титаренко). Весь родовий процес можна розглядати як ланцюг безперервної зміни напруження та релаксації.

Повнога життєвої енергії матері гарантує розвиток зародку. Коли жінка вирішує дати життя дитині, вона тим самим або підвищує рівень зрілості власної особистості, своєї автономності і плодотворності, або самостверджує кохання до свого партнера, який розділить з нею цю радість.

Жінка повинна розвивати власний егоїзм для підвищення свого суспільного статусу, не ставлячи себе на другорядне місце після дитини. Особистість жінки не повинна втрачати свою значущість через те, що вона стає матір'ю, оскільки дитина — тільки один аспект її життя.

Що стосується чоловіка, то для успішного розвитку дитини він повинен перш за все піклуватися про жінку. Йому слід бути особливо ніжним у сексі і всіляко заохочувати у жінки екстравертованість, щоб вона не дуже зосереджувалася лише на дитині.

У момент родів жінка у залежності від свого вибору повинна або залишатися сама, або бути у товаристві коханої людини: їй не слід народжувати у присутності матері або свекрухи, щоб уникнути комплексу вини. Відчуваючи на собі пильний погляд матері, жінка підсвідомо відчуває вину за те, що отримала задоволення від свого тіла і тим самим нібито не прислухалася до застережень матері. Відчуття кастрації ще більш посилюється присутністю дорослої жінки. Жінка починає ненавидити свій плід, або тому, що він їй потрібен як компенсація, або внаслідок відчуття гріховності сексу.

У нашій цивілізації значення дитини гіпертрофовано, і тому вважається, що тільки в дітях і зосереджене життя. Такий підхід є характерним для негативної психології, яка за допомогою дитини ще більше фруструє дорослого. Нерозумно гальмувати доросле життя в інтересах ще не сформованого життя, нерозумно відмовлятися від сьогодення. Ставити доросле життя у залежність від того, що тільки народжується, — значить ставити під сумнів реальність того, хто народжується. Зародок або новонароджений можуть скористатися зрілістю дорослих, якщо дорослим гарантована можливість самореалізації. У протилежному випадку діти також опиняються у небезпеці. Коли суспільство висуває дітей на першочергове місце, дорослі вимушені компенсувати нестачу життя у собі за рахунок дітей. Щоб бути хорошими батьками, потрібно бути щасливими дорослими людьми. Тільки міцні дерева приносять здорові квіти та плоди.

Самокерування власним родовим процесом має простягатися до моменту народження дитини. Саме мати для дитини є тим провідником, який встановлює зв'язок між нею і зовні оточуючим світом. Тільки-но народжену дитину, ще прикріплену пуповиною до плаценти, мати бере собі на живіт, пригортає руками до свого тіла, зігріває своїм теплом, заспокоює звичним для дитини ритмом свого серця, подумки або вголос співає їй з народженням, дарує свою любов вже тут, у "цьому світі". Тільки після того, як дитина при звичайності до свого стану, лікарі перерізають пуповину і на деякий час беруть її від матері, щоб виконати необхідні для дитини процедури. Тільки тепер жінка може подумати про себе, дати волю своїй утомі, відпочити.

Весь комплекс психологічних заходів у роботі з вагітними жінками має бути спрямований на укріплення самосвідомості жінки у її соціально-психологічній ролі матері. Це головна стратегічна лінія консультативної роботи психолога з підготовки матері до народження дитини.

Знання про психологічні особливості розвитку дитини у її пренатальний період спричинюють переосмислення жінкою свого стану вагітності як не тільки фізичного, а й духовного. Розуміння того, що дитина вже на цьому етапі свого розвитку встановлює контакт з оточуючим середовищем, провідником якого є вона, жінка, стає інтенсивним поштовхом у формуванні її відповідальності за власні вчинки.

Переважає більшість жінок з цікавістю вислуховує інформацію про психічний розвиток дитини до народження, занотовує для себе ті канали зв'язку, по яких може йти діалог з власною дитиною. Розповідь психолога супроводжується ілюстративним матеріалом. Пацієнтки, які приходять на консультацію підготовленими по даному питанню, включаються в активне обговорення з психологом власного досвіду. Під час роботи у цьому напрямку всі жінки демонструють повне психологічне заглиблення. Цьому сприяє, на нашу думку, перш за все те, що у ролі психолога вагітна жінка знаходить зацікавленого співрозмовника, з яким можна вести діалог, який все розуміє і знає навіть більше неї про її дитину. Можна вважати цей етап першим у роботі з вагітною. На ньому відбувається адаптація пацієнтки до психолога на міжособистісному рівні. Активна зацікавленість психолога і довіра пацієнтки виводять діалог на більш високий рівень взаємодії — відвертість. На цьому рівні, який є другим етапом спільної роботи, вагітна жінка актуалізує свої внутрішньоособові проблеми, пов'язані з вагітністю: проблеми свого самопочуття, самоприйняття себе у цій ролі, проблеми стосунків з близьким і далеким оточенням, проблеми страхів та переживань сьогоденних і майбутніх. Саме на цьому рівні потрібно активне втручання психолога, який допомагає жінці позбутися шкідливої емоційної напруги, прийняти себе у ролі матері, зменшити страхі перед пологами та подолати різноманітні міжособистісні проблеми.

Методи самодопомоги

Оскільки передпологовий і сампологовий період потребують від жінки максимальної саморегуляції, доречно навчити її вправам, які допоможуть їй у цьому. Так, жінка, яка усвідомлює значущість для дитини періоду перейм і хоче полегшити його перебіг, має навчитися виконувати вправи на релаксацію.

Займіть зручне положення, вирівняйте спину. Закрийте очі. Зосередьтеся на своєму диханні. Повітря спочатку заповнює черевну порожнину, а потім вашу грудну клітину і легені. Зробіть повний вдих, потім декілька легких спокійних видихів. Тепер спокійно, без спеціальних зусиль зробіть новий вдих. Зверніть увагу, які частини вашого тіла стикаються зі стільцем, підлогою, ліжком або землею. У тих частинах тіла, де поверхня підтримує вас, прагніть відчувати цю підтримку трохи сильніше. Уявіть, що стілець, ліжко, підлога, земля підіймаються, щоб підтримати вас. Розслабте ті м'язи, за допомогою яких ви самі підтримуєте себе.

Для деяких пацієток, які надто емоційно напружено ставляться до майбутніх пологів, можна застосувати метод парадоксальної інтенції Віктора Франкла. Сенса його полягає у тому, щоб жінка захотіла здійснення того або сама здійснила те, чого вона так побоюється.

На практиці це виглядає так, що пацієнтка, яка навмисно уникає думок про майбутні пологи або демонструє неабияке побоювання перед болем, якій їй належить стерпіти, поступово із бесіди з психологом приходять до розуміння того, що дійсно біль є, що будь-яка жінка його при пологах відчуває. При цьому чим сильніший біль — тим рідніша дитина; чим сильніший біль — тим повноцінніші пологи для дитини, тобто дитина при цьому народжується нормально і до того ж відчуває значно більший дискомфорт, ніж її мати. Тому біль — це фізіологічна норма, якої слід прагнути, але усвідомлення того, що дитині в цей момент ще гірше, дає жінці підставу для роботи, спрямованої на психологічну підтримку своєї дитини у ситуації кризи народження. Методика психологічної підтримки досить проста і доступна для жінки: вона має подумки або вголос заспокоювати свою дитину, умовляти не лякатися перейм, ставитися до всього як до нормальних відчуттів, які супроводжують роди, що скоро все скінчиться, і вони будуть разом, і все буде добре.

Для оволодіння мистецтвом самопомоги слід починати з мистецтва самопізнання. Першим кроком у цьому напрямку є вміння людини ставити собі і давати відповідь на два запитання, а саме: що коїться зі мною у даний момент? Тобто що я зараз роблю? Що я відчуваю? Про що я думаю? Як я дихаю?

Ще одне магічне питання, на яке має дати відповідь жінка: чого б мені хотілося у наступний момент? Тобто чи вважаю я за можливе продовжувати робити, мислити, відчувати і дихати як раніше, або ж хочу щось змінити?

Багато важливих змін можна відчувати в результаті одного лише усвідомлення того, що відбувається. Як відомо, внутрішні зміни трапляються тоді, коли людина стає сама собою, а не тоді, коли намагається бути як інші. Ні від рішення “бути краще”, ні від старанності змінитися, ні від прохань та вмовлянь значущих інших змін не відбудеться. Хоча це

і парадоксально, але внутрішні зміни відбуваються лише тоді, коли людина відмовляється від внутрішнього наміру стати такою, як вона хоче (або повинна стати), а просто приймає — і повністю усвідомлює — себе такою, якою вона є насправді.

Оскільки усвідомлення власної вагітності і майбутнього материнства для багатьох жінок є кризою, яка простягається на дев'ять місяців, їм слід відповідати на про те, що відбувається так, наче мова йде про іншу людину, а не про себе, за якою ви спостерігаєте збоку і можете об'єктивно оцінити все, що відбувається з нею. Відповіді на ці питання будуть своєрідною профілактикою негативних думок та фантазій, які нерідко програмують поведінку людини. Так, якщо людина уявляє себе повністю здоровою, то перспектива бути дійсно здоровою є достатньо високою. Якщо людина буде уявляти себе хворою, то тим самим збільшує імовірність хвороби. Відбувається це тому, що у неї поступово формується образ себе як хворої. Якщо людина вважає, що дещо має відбутися, то вона свідомо або несвідомо сприяє здійсненню цієї події. Тому вагітну жінку слід привести до усвідомлення необхідності позитивного програмування власного майбутнього.

Загалом, психологічна підготовка має бути спрямована на активацію внутрішнього "Я" жінки, її потенційності, яка в міжнародній учбово-дослідницькій програмі психологічного розвитку дорослих людей "Особистість та людські стосунки" (Андре Роше) зветься сутністю. Посилення загального психологічного та фізичного позитивізму можна створювати шляхом використання аффірмацій — позитивних переконань стосовно себе, які діють за принципом установки.(Л.Хей). Зупинимось докладніше на цьому.

Згідно з А.Роше сутність є основою особистості, основою її життя, сил та потенційних можливостей. Вона є центром, навколо якого групуються всі інші: "Я", тіло, сприйнятливості і совість.

Головною метою цієї програми є гармонізація особистості в цілому. Для цього учасники програми крок за кроком опановують самоаналіз, досліджують роботу особистісних центрів, належну увагу приділяючи сутності, бо вона розкриває внутрішні сили для особистісного зростання, а також сприйнятливості, оскільки саме вона зберігає всілякі травми, які тягнуться за особистістю ще з дитинства і перешкоджають її повноцінному дорослому життю.

Лікування травм — процес довгий та болісний. Для вагітної жінки — це робота у перспективі. А зміцнення сутності — процес можливий і доречний. І все ж таки для тих, хто знайомий з цією програмою, за свідченням професіоналів, при вагітності краще починати роботу над зміцненням сутності на четвертому місяці вагітності, коли остання входить у свій посередній триместр.

В основі методичної роботи за програмою А.Роше лежать різні напрямки самоаналізу особистості, які допомагають торкнутися дійсності свого внутрішнього світу — минулого та сучасного, — проаналізувати зміст цієї дійсності і, по можливості, дізнатися про себе щось нове. Першим кроком у такій роботі є фіксація питань спрямованого самоаналізу. При цьому слід звертати увагу на те, які відчуття пробуджуються в середині. Саме відчуття, які виникають у тілі, несуть людині інформацію, завдяки якій вона може дізнатися про щось нове у собі.

Другий крок — зосередження на своєму відчутті. Другий крок дуже важливий, він має свої правила, наприклад, не шукати відповіді у голові, а слухати тіло, поки відчуття не набуде сили, а зміст його не визначиться.

Третій крок присвячений аналізу відчуттів: після того як відчуття набуло певності, можна починати розбирати його зміст і записувати. Важливо точно визначити, де у тілі локалізуються відчуття, що несуть інформацію. Не слід прискорювати появу внутрішніх відчуттів, оскільки це може перешкодити їх виникненню.

Легше заглиблюватися у себе, якщо погляд буде обернений вниз, а не догори. Це допомагає спрямувати увагу на свій внутрішній світ.

При описуванні відчуття, слід тісно його торкатися і продовжувати писати, аж поки воно не видасть весь свій зміст. Не слід захоплюватися міркуваннями, адже, міркуючи відносно відчуттів, я кажу про те, що мені вже відомо.

Щоб робота просувалася, я нагадую собі, що мною керує: 1) я хочу пізнати себе краще і глибше; 2) я хочу бачити, що у мені відбувається; 3) я хочу розуміти себе; 4) я хочу стати собою і т.ін.

Досвід показує, що розвиток значно прискорюється, якщо записувати свої відкриття. Можлива подібна мотивація:

— ближче знайомлюся зі своїм внутрішнім світом;

— знову досліджую його з усіма його щілинами та закутками, як старий будинок з підвалами та горищем, де складені речі, що зберігають пам'ять про минуле;

— завдяки цьому я поступово стаю хазяїном свого будинку і стримую владу над собою, що заснована не на вольовому диктаті, не на примусі, а на пізнанні того, що в мені відбувається, як працює мій внутрішній механізм і як я маю організувати своє життя, якщо дійсно хочу стати собою і дізнатися, що таке щастя;

— з часом аналіз своїх переживань дається мені все легше і швидше, і нарешті я набуваю здатності аналізувати те, що відбувається, згайно.

Четвертий крок — відповідь на питання: “Що нового я дізнався про себе?” Здебільшого, добре проведений аналіз приводить до відчуття в собі чогось нового. “Нове” — це те, що було відсутнім у мого свідомості до аналізу, а після нього з’явилося. Це може бути новий елемент, нове “звучання” відомого елемента, або нові зв’язки. Саме новим елементом можна поділитися з особою, що здійснює супроводження, в аналізі, або з групою.

Тепер докладніше про те, що таке сутність і як над нею працювати. Наша сутність — це складова особистості, яку ми можемо відчувати у глибині своєї душі; це те місце, де ми знаходимо визначальні риси своєї особистості, сутнісне спрямування діяльності, сутнісні зв’язки з іншими людьми.

Наша сутність прагне розкрити та виявити себе. Якщо вона здорова та дієздатна, то функціонує нормально і виявляється у нашій поведінці такою, якою вона є. Якщо її здатність проявляти себе травмована, особливо у дитинстві, то сутність начебто слабне, губить свій “м’язовий тонус”.

Існує два режими функціонування сутності. Вагітна жінка може мати один із них. Так, режим глибинного функціонування характеризується тим, що ми живемо, не зраджуючи себе, свою сутність, не зраджуючи тверді та стійкі переконання на свій рахунок, які йдуть від самої нашєї сутності, слухаючи голос совісті, яка доносить до нас голос самої сутності.

Якщо ми живемо у такому режимі, то внутрішньо відчуваємо себе чесними, вірними собі, глибоко щасливими, живемо в мирі з собою. Ми відчуваємо себе цілісними, нерозколотими, повноцінними. Ми можемо бути самими собою, — не більше і не менше. Ми ростемо, і чим далі ми розвиваємося, тим сильніше стає це відчуття.

Торкаючись активності, можна сказати, що цей режим функціонування дозволяє особистості бути впевненій у собі, але позбавляє її рутинності та впертості. Вона володіє силою та наполегливістю і в той же час гнучкістю і терпінням. У неї є мета, відокремлення від якої для неї рівнозначно відокремленню від себе.

У стосунках з іншими людьми ми відкриті і відкриваємося їм дедалі більше мірою зростання самої впевненості у собі. Ми не відчуваємо залежності від схвалення навіть тих, кого цінуємо та поважаємо, ми здатні лишатися на самоті. Ми відчуваємо, що перебуваємо у злагоді та єдності з природою та космосом, відчуваємо, що розширюємося до розмірів Всесвіту.

Деякі з перелічених ознак є також ознаками бажаного та необхідного функціонування інтелекту, свободи, волі, тіла та сприйнятливості особистості.

У певні моменти, за необхідності прийняти рішення ці пориви, що спонукають людину виявити себе, можуть прориватися крізь темряву несвідомого або через больові зони травмованої сприйнятливості і досягати "Я", яке стає спроможним приймати рішення у відповідності з вимогами, які йдуть із глибини душі.

Вагітній жінці для її щоденної рівноваги, для розв'язання можливих соціальних суперечностей, у яких вона вимушена перебувати, і для узгодження (примирення) внутрішніх конфліктів ця робота може бути дуже корисною. Вона підготує її до випробувань, які чекають на неї під час пологів, зробить її сильнішою, здатною надавати підтримку своїй дитині, бути розсудливою з усіма, хто причетний до події народження.

Якщо можливості сутності не можуть втілитися в реальність, ми говоримо про слабкість сутності або її нереалізованість. Сутності ніяк не вистачає для цього сил. А.Роше бачить дві причини такого функціонування:

1. Слабкість може бути обумовлена тим, що можливості сутності особистості тільки но починають виходити на поверхню свідомості і поки що не зовсім впевнено втілюються в реальне життя.

2. У людини може бути травмованою здатність до самовиявлення. У дитинстві її не бачили, не розуміли, не приймали і не любили такою, якою вона є. Ті сторони сутності, які не приймалися і навіть були нехтували, вона відтісняла на задній план і ставилася до них з недовірою.

В результаті нереалізованості сутності у людини формується певний режим функціонування. Він виявляється у тому, що людина сумнівається у собі, ніяковіє, а іноді боїться і навіть соромиться проявити себе, нездатна заявити про себе аж до відмови бути самою собою, замикається у собі, прагне будь що знайти повагу та прихильність оточуючих.

Слабкість сутності може бути більш або менш вираженою. Це залежить від глибини та розміру травми, отриманої у минулому. Слабкість сутності може супроводжувати зовнішня впевненість у собі. Розумово обдаровані люди могли розвивати свій інтелект і досягти великих успіхів. Діяльні люди могли стати надзвичайно заповзятливими і т.д. Тобто, виробили на основі природньої обдарованості режим компенсації.

А.Роше зазначає, що розвиток сутності протікає розумно незалежно від того, підтримує його "Я" чи ні. Сутність керується інстинктом, який зветься "інстинктом сутності". Він дозволяє сутності пристосуватися до навколишніх умов і привносить у її розвиток впевненість і логіку, яка при ретроспективному її аналізі вражає.

Так, коли сутність ще недостатньо зміцніла і легко вражається, цей інстинкт спонукає її відступити і вимагає створення систем психологічного захисту.

Тільки-но навколишнє оточення стає сприятливим для зростання, у сутності пробуджується життя, і вона, упокорюючись інстинкту, з'являється із лабіринту, збудованого для її захисту у тяжкі часи.

Розвиток сутності людини впродовж життя також показує, що все відбувається у свій час і у відповідності з логікою, яка розкривається лише згодом, коли ми кидаємо погляд у минуле з тим, щоб зрозуміти свою особисту історію.

Поряд з інстинктом сутності ми можемо також спостерігати її рефлекси, тобто мимовільні реакції на події та ситуації. В наших інтересах було б довіряти цим рефлексам. За їх допомогою сутність нібито веде нас до здійснення наших потенційних можливостей в усіх трьох сферах — визначальних особистісних рисах, сутнісному спрямуванні діяльності і сутнісних зв'язках з іншими людьми.

Пригадуючи подібні ситуації і аналізуючи рефлекси у їх сукупності, "Я" здатне виявити раціональне зерно, логіку цих рефлексів і вступити на нову стадію розвитку. Тепер вся наша особистість, пише А.Роше, може свідомо і самостійно включитися у той напрямок діяльності, який прослідковується за ланцюжком рефлексів нашої сутності.

Навпаки, на попередній стадії розрізнених рефлексів ми будемо залежними, несамостійними — ми навпомацки рухалися вперед у пітьму невідомого, довіряючи відчуттям, що йдуть із глибини душі, не знаючи куди вони нас ведуть.

Відчуття, які виходять із нашої сутності, приймають дві форми, які нерідко йдуть одна за одною:

— раптових прозрінь, спалахів розуміння;

— владних позовів до дії. Ці владні позови не вимагають від нас зусиль на відміну від проектів "Я", що здійснюються з вольовими зусиллями та напругою. Прозріння дозволяє нам розвиватися у річці нашого сутнісного спрямування діяльності і допомагає нам втілювати у дійсність всі наші потенційні можливості.

Нарешті, після того, як виявилось призначення, покликання нашої сутності, прозріння та позови до дії посилюються та частішають, виводячи нас на нову стадію розвитку — стадію творчості. Відтепер ми починаємо жити з повною самовіддачею.

Таким є шлях розвитку сутності і можливості зміцнення її у вагітних.

Місце позитивної психології у підготовці до пологів

Зміцнення загального позитивізму вагітної жінки відбувається за рахунок аффірмацій — стверджувальних фраз, які несуть у собі позитивний зміст відносно себе.

У книзі “Як зцілити себе” Луїза Хей пише, що шлях до здоров'я лежить через прийняття себе. Головними ідеями її концепції здоров'я є: 1. Ми несемо 100-відсоткову відповідальність за всі наші вчинки. 2. Кожна наша думка створює майбутнє. 3. Вихідний момент сили — завжди у теперішньому моменті. 4. Всі без винятку страждають від почуття ненависті до себе. 5. Всі думають про себе “Я недостатньо гарний”. 6. Все полягає у думці, а думку можна змінити. 7. Прихована образа, злість, критика інших і себе, почуття провини — найшкідливіші для здоров'я емоції”. 8. Повне звільнення від накопиченої образи та гніву виліковує навіть рак. 9. Ми повинні звільнитися від минулого і пробачити всіх без винятку (включючи самих себе) 10. Ми повинні навчитися жити у теперішньому часі. 11. Прийняття самих себе та схвалення своїх вчинків — ключ до позитивних змін. 12. Ми і тільки ми створюємо так звану “хворобу” у нашому тілі.

Луїза Хей розробила свою концепцію здоров'я на власному прикладі, перемігши рак. В її основі лежить любов до себе, яка не має нічого спільного з егоїзмом.

Глибоко у центрі нашої сутності є бездонний колодязь любові, пише Л.Хей. Я дозволяю цій любові піднятися на поверхню. Вона наповнює моє серце, моє тіло, мій розум, мою свідомість, мою сутність, променями розходить від мене у різні боки і, багатократно посилюючись, знову повертається до мене. Чим більше любові я приймаю, тим більше любові мені потрібно віддати, і запаси її нескінченні. Любов дає мені хороше самопочуття, вона — виявлення моєї внутрішньої радості. Я люблю себе, тому я з любов'ю піклуюся про своє тіло. Я дбайливо пригощаю його смачною їжею та напоями. Я любовно опікуюся ним та збираю його. І тіло ніжно відповідає мені здоров'ям та енергією. Я люблю себе, тому я придбала для себе зручне житло, яке задовольняє мої потреби і в якому мені приємно жити. Я наповнюю кімнати трепетом любові, щоб усі, хто входить, включаючи мене, відчували цю любов та переповнювалися нею. Я люблю себе, тому я працюю там, де мені подобається, де я насолоджуюся роботою, якій потрібен мій талант та творчі здібності.

Я працюю з людьми та для людей, яких люблю і які люблять мене, і достатньо заробляю. Я люблю себе, тому у своїй поведінці і в думках ставлюся до всіх людей з любов'ю, бо знаю, що все віддане зно-

ву повернеться до мене примноженим. У мій світ я запрошую тільки люблячих людей, оскільки від них йде до мене дзеркальне відображення моєї сутності. Я люблю себе, тому я викреслюю з пам'яті весь минулий досвід і отримую свободу.

Треба зазначити, що це ствердження Л.Хей стосується такого стану, коли минулі психологічні травми вже не мають емоційної влади над особистістю, вони вилікувані, залишаючись лише фактом власної біографії.

“Я люблю себе, — пише Л.Хей, — тому я живу виключно сьогодні, насолоджуючись його кожною прекрасною секундою і знаю, мене чекає світле, спокійне і радісне майбутнє: я її улюблене дитя Всесвіту, який ніжно піклується про мене зараз і буде піклуватися завжди. “Дійсно, все це так і є.

Любити себе — це значить перш за все поважати свою особистість. Я відчуваю любов, пише Л.Хей, до самого процесу життя: до іншої людини; до знань; до процесу мислення; до тіла та його будови; до тварин, птахів та всього живого; до Всесвіту і того, як він побудований.

Щоб назавжди позбавитися якогось недуги, спочатку повинні позбавитися її психологічної причини. Психологічними причинами, які викликають більшість недуг тіла і причепливість, гнів, образ, усвідомлення вини. Якщо, наприклад, людина займається критикою достатньо довго, у неї часто з'являється артрит. Гнів викликає хвороби від яких організм ніби кипить, згоряє, інфікується. Надовго збереження образу розкладає, пожирає тіло і нарешті приводить до появи пухлин, розвитку онкозахворювань. Відчуття провини завжди спонукає шукати покарання і приводить до болю. Набагато легше викинути з голови негативні думки-стереотипи ще тоді, коли ми здорові, аніж викорінювати їх після виникнення захворювання, коли настане паніка і є загроза потрапити під ніж хірурга.

Список психологічних еквівалентів патологічних симптомів є рисний як показник імовірних стереотипів мислення, які викликають нездужання.

Скористаємось таблицею Л.Хей, щоб взяти те, що стосується пологів.

Проблема	Імовірна причина	Новий підхід
Пологи	Символізують початок життєвого процесу	У цієї дитини починається дивовижне і радісне життя. Все йде добре
Біль	Прагнення до любові. Бажання обіймів	Я люблю себе та ухвалюю свої дії. Я люблю і можу викликати почуття любові у інших
Травми (рани)	Гнів, обернений на себе. Почуття провини	Я обертаю свій гнів у благо. Я люблю себе і високо ціную.
Нудота, страх	Відмова від ідеї або досвіду	Я — у безпеці. Я довіряю життєвому процесу, який приносить мені тільки хороше
Тривога	Невіра у плін життя та його природність	Я хвалю, люблю себе і довіряю процесу життя. Мені нічого не загрожує
Словання	Настирливе заперечення ідеї. Страх нового життя	Я спокійно і радісно засвоюю тільки все хороше. Воно приходить до мене і йде від мене
Зади задухи	Страх. Недовіра до життя. Ви зав'язли у дитинстві	Дорослішати — безпечно. Світ — безпечний. Мені нічого не загрожує.
Резки (на тілі)	Невиражений гнів	Я з радістю та позитивним настроєм виражаю мої емоції
Сни	Розбурхані думки, породжені страхом	Я відкидаю, розслаблююся та відпускаю. У мене в житті все благополучно

Це деякі проблеми, які можуть бути побіжними в періоді виходу дитини та родів. Отже повернення жінки “до себе”, поглиблення саморозуміння, посилення своєї сутності та позитивні думки можуть стати гарантом полегшення кризи народження як для матері, так і для її дитини.

Отже, можна зробити висновок, що криза народження є такою дверима, через які кожна людина приходить у світ.

За даними трансперсональної психології (С.Гроф), непатологічні та патологічні відхилення як, то алкоголізм, наркотична залежність, акцентуації поведінки, які ускладнюють соціальну адаптацію індивіда та інші негативні психічні прояви беруть свій початок у пренатальному періоді розвитку індивіда. Чотири перинатальні матриці відповідають головним етапам фізіологічних родів. Перебіг кожного з цих етапів має свій психологічний відгук у житті дорослої особистості, тому накладає свій відбиток на перебіг його “планових” психологічних криз. Тому можна вважати, що весь перинатальний період разом з його завершенням — родами — є для особистості кризою народження. Знання жінки про особливості перебігу кожного періоду, про його “внесок” у особистість її дитини робить період вагітності свідомою співпрацею матері та дитини.

Емпірично встановлено, що вже на рівні клітини існує пам'ять. У пам'яті людини зберігається інформація про її пренатальне життя з моменту її відокремлення від матері — кризу народження. Материнська любов, яка є оберегом дитини, ставить буферну зону між негативними переживаннями, пов'язаними з її народженням, та її свідомістю. Якщо буферна зона недостатня — емоційні травми народження впливають на свідоме життя людини, спричиняють відхилення, подеколи викликають психічні розлади.

Психічний зв'язок між матір'ю та дитиною є вирішальним для дитини у перинатальний період. Емоційна стабільність матері, її позитивність у ставленні до оточуючого світу і себе є профілактикою емоційної напруги та відхилень у розвитку дитини. Цьому сприяє постійне усвідомлення жінкою себе “тут і зараз”.

Її відкритість і прийняття всіх своїх відчуттів робить її вільним від конденсаційних заперуд, де зберігаються негативні емоції. Саме такі приховані острівці болю, страху, образи є емоційною “вибухівкою з помірною дією”, яка є небезпечною насамперед для самої жінки та її дитини.

Ідея створення державних засобів психологічної підтримки майбутніх матерів — груп соціально-психологічного ризику — чекає свого втілення.

Сама Л.Хей приклала чимало зусиль, користуючись різними психотерапевтичними техніками, аж поки не змогла їх забути.

5. ПСИХОТРАВМА У ЖИТТІ ОСОБИСТОСТІ: PRO I CONTRA

Перш за все потрібно з'ясувати, що ми будемо розуміти під психотравмою. Загалом поняття психотравми прийшло в психологію з медицини і відображає значною мірою медичний, клініко-психіатричний, психотерапевтичний підхід до розуміння психіки людини і закономірностей її функціонування.

У науковій літературі та у практичній роботі є декілька підходів до розуміння поняття “психотравма”. Перший, коли психотравма розглядається як порушення психіки, що викликане зовнішніми стресовими для організму людини подіями. Це — смерть близьких людей, розлучення, втрата роботи, важка хвороба, втрата майна, житла, участь у бойових діях, природні катастрофи, значні соціальні негаразки тощо.

“Психічна травма, за А.С. Співаковською, — це зовнішні події, що спричинюють хворобливу дію на індивіда. Психічна травматизація не тільки визначає характерні для невроту картини клінічних розладів, але й входить у якості важливого компонента у психологічну структуру невротичного стану”

Гострі психотравми, які виникають внаслідок одноразових різко діючих понадсильних подразників. “У дитячому віці до таких гострих травм належать переляк, гострий внутрішньосімейний конфлікт, конфлікт у дитячому садку чи школі”. Поряд з гострими травмами виділяються також хронічні психотравми. “Хронічні травми, це психотравмуючі ситуації, — це відносно слабкі але довго діючі і багаторазово повторювані подразники. У дитячому віці психотравмуючі ситуації безпосередньо витікають із сімейних стосунків і тісно пов'язані з взаємодією між дітьми і батьками”.

Патогенний вплив зумовлює не сама по собі зовнішня дія, а відносно до того чи мова йде про гостру психотравму, чи хронічну, і сприйняття її як значущої для людини. Тому суб'єктивно психотравмуюча дія локалізується не зовні, а всередині індивіда. Тому при опису форм психічної травматизації необхідно вказувати, на кого, на яку особистість, а точніше, на яку систему значимих переживань і особистісних рис зумовлений даний вплив, або інакше, для якої дитини і чому така ситуація виявилась психотравмуючою.

Бажано також зосереджувати увагу на внутрішніх психічних характеристиках — тих функціях, які зазнали шкідливого впливу, та характері ушкоджень. Це — хвороблива тривожність, агресивність, депресивність порушення уваги, сприймання, пам'яті, розлади мислення тощо.

Результатом психотравми є, безперечно, неадекватні життєві ситуаціям психічні реакції, порушення звичного для даної людини функціонування психіки та відповідні ним хворобливі особистісні прояви, а також психосоматичні захворювання. За діагностичними критеріями Американської психіатричної асоціації психотравма безпосередньо пов'язується з пост травматичним стресопохідним розладом 308.89, за яким:

“А. Пацієнт пережив подію, що виходить за рамки звичайного життєвого досвіду і могла б спричинити виражене напруження будь-якої людини, наприклад, серйозна загроза життю або фізичній цілісності; серйозна загроза або шкода, заподіяна дитині, подружжю або іншим близьким родичам і друзям; раптове руйнування помешкання або спільноти, або вигляд іншої людини, нещодавно або в цей момент травмованої чи вбитої в результаті нещасного випадку чи фізичного насильства.

Б. Ця травмуюча подія знову і знову переживається.

В. Уперте уникнення подразників, пов'язаних з психотравмою, або зниження емоційного резонансу, байдужість, що не спостерігалась до травми.

Г. Стійкі симптоми підвищеної збудливості, дратівливості, які не спостерігались до травми...”

Психотравму можна визначити як ураження основних психічних функцій людини, наявність хворобливих змін психічних процесів під дією зовнішніх чинників, що призводять до дезадаптації особистості щодо природного і соціального середовища та неадекватності у стосунках з близькими, у поведінці та у ставленні до себе.

Серед найбільш неприємних наслідків психотравми часто бувають психосоматичні захворювання. Їх ознакою є те, що вони погано піддаються лікуванню звичайними медикаментозними засобами і злегшуються лише внаслідок кваліфікованої психотерапевтичної допомоги.

Що ж притаманно для людини, що пережила психотравму? За думку Б. Колодзіна психічна травма, або ж посттравматичний синдром, характеризується наступними клінічними симптомами, які можна, за наш погляд, об'єднати у певні групи.

До *першої групи* можна включити прояви, пов'язані зі станом страху, тривоги, підвищеної настороженості.

Загальна тривожність. Проявляється у постійних острахах, переживаннях стосовно різних сфер життя, почуттях непевності, вини та інших.

Невмотивована настороженість. Людина поводиться так, ніби їй постійно загрожує небезпека, вона з підозрою слідкує за всім, що відбувається навколо неї.

До другої групи слід віднести симптоми, що характеризують певні стани та прояви агресії.

Загальна агресивність. Людина хоче вирішити всі проблеми за допомогою грубої сили тоді, коли це не зумовлене реальною ситуацією.

“Вибухова” реакція, коли при найменшій загрозі людина неадекватно діє так, ніби мова йде про її життя — шукає захисту, агресивно захищає себе, тощо.

Напади люті: вибухоподібна неадекватна реакція люті на ті чи інші перешкоди, що виникають у стосунках та життєдіяльності.

До третьої групи можна включити депресивні стани і прояви.

Депресія. Людині у такому стані усе оточуюче здається не вартам уваги, таким, що не має сенсу, а власне життя — безпросвітним снуванням.

Думки про самогубство. Вони виникають як наслідок депресивного стану, коли життя видається більш лякаючим і важким ніж смерть.

Притушеність емоцій. Людина втрачає здатність до нормальних емоційних проявів і переживань. Життя стає сірим і безрадісним.

До четвертої групи належать інші психічні і психофізичні процеси, такі як:

Нав’язливі спогади. До людини несподівано повертаються небажані, пов’язані з травмуючими подіями спогади. Часто це бувають марні сновидіння.

Галюцинаторні переживання. Людина у такому стані реагує не на реальну ситуацію, а виходячи зі змісту своїх галюцинаторних снів.

Безсоння, яке проявляється у труднощах засинання та у перебивках під час сну, пов’язаних з переживаннями уві сні травматичних подій минулого та страхом перед ними.

Зловживання наркотичними речовинами та ліками. Людина зловживає цими засобами з метою позбутись або ж зменшити страждання від травматичних переживань, внаслідок чого, як правило, розвивається залежність від них. (Колодзин Б., С. 11-14.).

Яким же чином впливають психотравмуючі події життя людини на особистість? Вплив психотравми на особистісні прояви може мати певний характер в залежності від її сприйняття та зворотної реакції особистості.

По-перше, психотравма може блокувати ті чи інші аспекти особистісних проявів.

По-друге, вона спричиняє трансформацію особистісних проявів на негативний план — неадекватні реакції, девіантну поведінку, психосоматичні захворювання тощо.

По-третє, психотравма актуалізує внутрішні резервні сили особистості і стимулювати її у напрямку подолання життєвої кризи шляхом самоактуалізації та самореалізації.

Чи поширене явище травматизації?

За статистичними даними Міністерства України у справах сім'ї та молоді за підсумками 1996 року в Україні налічувалося 79720 дітей-сиріт і дітей, що залишились без піклування батьків. В деяких областях кількість залишених батьками дітей зростає...

За останніх п'ять років дитяча злочинність зросла в 1,2 рази, майже кожен десятий злочин в Україні вчиняється підлітками, а кожен п'ятий злочин серед неповнолітніх скоюється дітьми віком до 14 років... Дедалі більша частка злочинів вчиняється дівчатками, значного поширення набула дитяча проституція, вживання алкоголю і наркотиків, бродяжництво та жебракування (Про становище дітей в Україні..., 1997.).

“Протягом останніх років в Україні зберігається тенденція до погіршення стану здоров'я дітей, що пов'язано з впливом різних негативних факторів соціально-економічного, екологічного та психосоціального характеру... дитяча смертність майже в 1,5 рази вище, ніж в країнах з розвинутою ринковою економікою” (Там же, с. 22). “Продовжує залишатись неприпустимо високою кількість абортів серед підлітків. У 1996 році серед дівчат 15-17 років вона становила 23,1 на 1000 осіб цього віку. Для порівняння: кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку у деяких країнах становить: Україна — 53,5; США — 20,1; Франція — 14,9; Канада — 10,2; Нідерланди — 5,6” (Там же, с.34).

“Сьогодні на кожні сто укладених шлюбів припадає 46 розлучень... Гострою соціальною проблемою стає зростання кількості неповних сімей. В 1995 році кількість зареєстрованих шлюбів становила 461731, в той же час було зареєстровано 198300 розлучень. Вік розлучень має тенденцію до зниження: 37,9 відсотка розлучень відбувається при тривалості шлюбів до 5 років, майже дві третини подружжя, які розлучуються, мають спільних дітей. Дані останнього перепису свідчать, що неповні сім'ї, які складаються тільки з матерів (батьків) і дітьми, становлять близько 13 відсотків. У таких сім'ях виховується близько 1,5 млн. дітей. Кожна друга — третя дитина з цих причин не дістає належного виховання”(Там же, с. 36, 38).

Складною є проблема з вуличними дітьми. “До органів внутрішніх справ України в 1996 році було доставлено більше 12 тис. неповнолітніх, які бродяжили або жебракували... більше половини затриманих (53 відсотки) за бродяжництво — діти із неблагополучних сімей, близько 5 тис. (40 відсотків) — виховувались у неповних сім'ях, третина — педагогічно занедбані підлітки, другорічники” (Там же, с.53.).

“Проблема дитячого бродяжництва залишається нерозв’язаною. У 1996 році 2,2 тис. підлітків були затримані повторно, майже 3,7 тис. взяті на облік органами внутрішніх справ... частка вчинених злочинів неповнолітніми за останні 5 років зростає в 1,2 рази. Поширення злочинності серед неповнолітніх випереджає її загальне зростання, а кількість підлітків, що вчинили злочин повторно, за останні 5 років збільшилася більш як на 19 відсотків”... “Викликає тривогу зростання кількості неповнолітніх, які систематично вживають наркотичні речовини. За останнє п’ятиріччя кількість офіційно виявлених таких осіб збільшилася на 69 відсотків” (Там же, с. 54-55.).

Саме профілактика і психологічна допомога при психотравмах дорослим, дітям і підліткам є одним із найбільш ефективних заходів у попередженні негативних соціальних і соціально-психологічних явищ. Вони є дієвими для вирішення цих завдань і можуть стати серцевиною профілактичної та виховної роботи з дітьми та підлітками і бути реальною відповіддю на сучасний соціальний запит з боку суспільства і держави, який сформульовано у тій же доповіді: “З метою стабілізації оперативної обстановки у дитячому та підлітковому середовищі необхідно принципово змінити підходи до організації профілактичної роботи з неповнолітніми. Головним у ній має стати залучення неповнолітніх до суспільно-корисної діяльності, підвищення правовиховної роботи у виховальних закладах. При цьому слід звернути особливу увагу на виховання у дітей почуття непримиренності до зла та насильства, перейти від адміністративно- правового впливу до надання підлітка комплексної соціально-педагогічної допомоги із залученням соціальних служб та співробітникам з цією метою необхідних коштів з боку держави” (Там же, с. 55.).

Поняття “*особистісні прояви*” — це — функціонування індивідуальної особистості у найбільш важливих сферах її життєдіяльності — професійній, сімейно-побутовій, рекреаційній.

У залежності від вимог, що зумовлені зовнішнім середовищем, особистісні прояви мають гармонійний чи негармонійний характер. Вони можуть розглядатися як нормальні, стереотипні, що потребують такої ж стереотипних проявів особистості. Вимоги можуть виходити за межі стереотипності і потребувати від особистості більшого, ніж звичайне напруження психічних сил та здібностей, зумовлювати неадекватність їх адекватним вимогам середовища розвитку. Нарешті, зовнішнє середовище може набувати екстремального, характеру, тимчасового або тривалого.

Особистісні прояви можуть набувати хворобливого прояву, потребувати відозміни певних психічних функцій. Доцільно розглядати негармонійні особистісні прояви як хворобливі психічні стани, як відхилення від гармонійної життєдіяльності зумовлене соматичною

хворобою, що має тимчасовий характер і є наслідком тимчасових тривалих стресогенних впливів середовища або ж нереалізованої потреби у самореалізації, саморозвитку.

Блокуюча роль психотравми

Часто психотравма спричиняє блокування тих чи інших особистісних проявів, утруднює їх усвідомлення людиною. Спрацьовує психологічний захист, який може обмежувати прояв емоцій, їхню силу чи видозмінювати об'єкт їх спрямування. Психологічний захист може заважати сприйманню зовнішніх або внутрішніх травмуючих чинників чи настільки спотворювати їх, що вони вже не сприйматимуться як реально загрозливі. Інший тип блокування проявляється у надмірному емоційному реагуванні, неадекватних реакціях щодо зовнішніх обставин, внаслідок чого гальмується розвиток відповідної якості характеру чи функціонування особистості. На жаль, в деяких культурах такі обмеження є соціально санкціонованими і навіть бажаними, бо вважаються проявами сили духу або ж чеснотами виховання.

Давно помічено, що людина, яка пережила важку психотравму певний період часу перебуває у стані емоційної притупленості. Такий стан може закріпитися на рівні підсвідомості у вигляді умовного захисного рефлексу з метою зберегти психіку від сильних, хворобливих впливів. Крім того, деякі люди після сильних стресів свідомо уникають ситуацій, станів, думок, почуттів, які б могли спровокувати травмуючі переживання. Особливо це характерно для людей, які слабнуть на тяжкі соматичні захворювання. Для багатьох з них характерним є початкове заперечення наявності хвороби. Вони намагаються вести життя здорових людей і не звертати уваги на лікарський діагноз і поради близьких. Такий же характер обмеження особистісних проявів трапляється тоді, коли з вини людини загинули інші люди.

З часом така заблокованість особистісних проявів закріплюється у вигляді рис характеру, і про таку людину оточуючі говорять, що вона дуже змінилась після пережитого, що вона щось втратила, стала іншою. Якщо, наприклад, мова йде про молоду людину, яка не змогла успішно скласти вступні іспити до вузу, щоб отримати професію, про яку вона мріяла з дитинства і до якої готувалась, то така обставина нерідко призводить до глибокої психотравми, внаслідок якої втрачається віра у себе і свої здібності, своє покликання. Це може призвести до віддалених наслідків стосовно блокування розвитку особистості в цілому, а не тільки у стосунку до окремих особистісних проявів. Про таку людину можна сказати, що в неї підрубані крила. Якщо мова йде про нерозділене глибоке кохання, то така травма може призвести до

того, що на довгий час людина викреслює зі свого життя особисті стосунки.

У такому разі наслідки психотравми даються взнаки у всіх сферах реалізації життя особистості — професійній, сімейно-побутовій і особливо прикро, у рекреаційній сфері відтворення життєвих сил особистості.

Викривлююча дія психотравми

Психотравма може не лише блокувати розвиток особистості, а й спричиняти своєрідне її викривлення. Під дією травмуючих обставин можуть відбутися значні зміни в особистісних проявах. Так, люди, що стикаються у своєму житті зі злом, несправедливістю по відношенню до себе, схильні або ж ставати непримиримими правдоборцями, які вбачають скрізь підступність, обман і готові йти до кінця, казачи незгодних, або ж починають діяти як і їх кривдники, переймаючи поведінку і стиль життя і виправдовуючи себе тим, що всі так живуть і саме це є найбільш розумним і виправданим способом життя.

Зіткнувшись з певними травмуючими труднощами у житті, людина може відмовитись від своїх реально виправданих і особистісно значущих бажань, вважаючи їх нездійсненними, керуючись надалі гаслом “знай своє місце” і відповідно змінюючи свою мотивацію. Це ж може стосуватись і інших елементів психіки, особистісних проявів — емоцій, характеру, мислення та інших, що може фіксуватись, наприклад у таких висловах, як “краще синиця у руці аніж журавель у небі” і подібних до цієї приказках, своєрідних життєвих гаслах, що уособлюють відповідні негативні самообмеження і стійкі переконання. Викривлення особистісних проявів фіксуються у своєрідних оцінках і самооцінках, таких як “не полохливий, а обережний”, “не скупий, а бережливий” та інших.

Психотравма як стимул до особистісного розвитку

Психотравма може відігравати стимулюючу роль у особистісному розвитку людини. Відповідний спосіб переживання психотравми людиною залежить від багатьох чинників, але насамперед від особистісної схильності, яка, можливо, виникає ще в утробі матері під впливом її особистісної структури та життєвих обставин передродового періоду, пологів та перших років життя дитини, про що свідчать дослідження О.Ранка, С.Грофа та інших.

Здебільшого сприймання травмуючих обставин як стимулу до особистісного розвитку характерно для тих людей, які схильні стави-

тись до життя як до боротьби, яким нічого не давалося легко, а лише переборення труднощів шляхом тяжкої праці.

Важливим доповненням до цього можуть бути батьківські установи, які можна сформулювати наступним чином: "ти ще не..." "тобі ще потрібно... щоб..." Саме за допомогою таких настанов закладається основа психологічної готовності до переборення труднощів. Людина з таким вихованням сприймає зовнішні травмуючі фактори ситуації як перешкоди, які необхідно здолати. Правда, тут можливі варіанти такого подолання.

Перший — гармонійний, коли у результаті переживання психотравми утворюється позитивний об'єктивний результат, поєднаний з особистісним зростанням і суб'єктивним переживанням власного усвідомлення і особистісної цінності і цілісності, що веде до зміцнення почуття упевненості у собі, власної вартості.

Другий — коли досягнутий результат внутрішньо сприймається людиною як доказ собі та іншим власної спроможності. Проте на шляху особистісного зростання такої людини схожа на сізифову працю з тією різницею, що кожен раз вона сходить до підніжжя нової гори, де на неї чекає новий камінь, і все починається знову. Результати праці не є у повній мірі нею привласненими. Вони є лише новим, одним доказом того, що життя важке і ніщо не дається дарма.

Крім того, психотравма може стимулювати розвиток компенсаторних здібностей, коли людина ставить перед собою складні завдання, аби довести усім і переконати їх у своїй спроможності, і врешті-решт домагається свого. Таких випадків багато, і усі вони стосуються людської великою силою волі та працелюбністю.

Як висновок, можна сказати про те, що психотравма — це стійкі порушення функціонування окремих аспектів психіки людини під впливом зовнішніх чинників. У свою чергу психотравма впливає на особистісні прояви, що відбивається на життєдіяльності людини. Через це психотравма може блокувати розвиток окремих особистісних проявів у результаті чого людина не здатна в повній мірі реалізувати свій особистісний потенціал. Психотравма може викривлювати прояви особистості і створювати тим проблеми як для самої людини у її розумінні себе, так і у взаємовідносинах її з іншими людьми.

Нарешті, психотравма у деяких випадках може бути стимулом для розвитку особистості, її позитивних, творчих проявів.

6. ЗАСОБИ ДОПОМОГИ ПРИ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ

Як показують теоретичні дослідження та практика надання психологічної допомоги різним верствам населення, психотравми, як правило, негативно позначаються на особистісних проявах, ведуть до формування неадекватних психоемоційних реакцій, психологічної дезадаптації, яка виражається у девіантній поведінці.

Психологічне консультування

Серед напрямів психологічної допомоги при психотравмі важливе місце належить психологічному консультуванню, бо завдяки йому встановлюється довірливий контакт між клієнтом і психологом, а також вирішується низка необхідних проблем.

Психологічне консультування при психотравмі може мати самостійне значення або ж виступати як підготовчий етап до власне психокорекційної, психотерапевтичної роботи. Відносно самостійне значення реалізується у разі, коли психотравма має досить поверховий характер або ж сам клієнт при незначній психологічній допомозі спеціаліста може дати собі ради. Його психологічний захист не настільки міцний і сформований, щоб перешкодити, а мотивація до злиття досить сильна і відповідний рівень самосвідомості досить високий для того, щоб за допомогою домашніх завдань впоратися зі своїми психологічними проблемами.

Наприклад, юнак звернувся за психологічною допомогою у зв'язку з труднощами спілкування саме з дівчатами, які йому чимось не подобались. Як з'ясувалося під час першої консультативної зустрічі, ці труднощі з'явилися після глузливої відмови при спробі юнака залицятись у коханні дівчині. У результаті цього у нього утворився певний страх бути відторгнутим, який і став заважати у спілкуванні з іншими дівчатами.

Вже саме усвідомлення причини острахів зняло частину напруження, а невелика уявна рольова гра по освідченню дозволила зменшити попередню підсвідому настанову. Враховуючи те, що у юнака досить висока самооцінка своїх якостей, — це дозволило йому у домашньому завданні за допомогою рольової гри змінити ситуацію і позбавитись зазначеної проблеми.

Консультування — це певна розрядка стресової ситуації. Завдяки тому, що людина має змогу виговоритися, як кажуть, відкрити і «розгріти свою душу», зменшується внутрішнє напруження. Крім того, під час вербального оформлення суті своєї проблеми в процесі консультування клієнт має можливість і почасти змушений до певної міри упорядкувати свої почуття, думки, стосунки, що теж знімає части-

ну напруги від стресу, пов'язаного з психотравмою. Можливість відверто виговоритися знімає частину негативного емоційного навантаження. Під час сповіді клієнт може глибше зрозуміти, усвідомити, отже і ґрунтовніше розібратись зі своєю проблемою. Краще її формулювання допомагає побачити і відчутти можливі шляхи її вирішення, а в свою чергу сприяє емоційному розвантаженню, бо людина починає бачити можливості виходу із ситуації, яка раніше сприймалася як безвихідь.

Важливу роль у знятті стресу відіграє встановлення довірливості контакту між психологом та клієнтом. Клієнт розуміє і відчуває, його ситуація небайдужа для іншої людини, сприймається нормально і більше того, може бути позитивно вирішена.

Під час психологічного консультування у людини відбувається розширення контексту сприйняття своїх труднощів. З одного боку клієнт має нагоду скористатись з можливості побачити свою проблему очима сторонньої людини, як то кажуть "зі сторони". З другого боку психолог у консультативній бесіді шляхом відкритих уточнюючих запитань розкриває більш широку панораму взаємозв'язків психотравми з іншими внутрішніми аспектами особистості клієнта, а також зовнішніми його стосунками. Це дозволяє людині побачити свою проблему з різних боків, з різних точок зору, часто несподіваних для неї, що в певних випадках відкриває шляхи до виходу із, здавалось би, безнадійних ситуацій, саме тих, до яких самому йому неможливо було дійти. Іншими словами, людина починає "бачити світло в кінці тунелю". Завдання психолога полягає у тому, щоб перевести розгляд психотравми з чисто зовнішніх взаємин з іншими людьми у площину внутрішнього конфлікту субособистостей і, навпаки, суто внутрішню проблему розкрити як аспект зовнішніх стосунків з іншими людьми. При потребі важливо також тимчасово локалізувати психотравму у внутрішньому просторі психіки і перевести основну увагу клієнта на сфери, де у нього є безперечні успіхи з тим, щоб закріпивши позитивний стан і утримуючи стан успіху, перейти до вирішення його проблеми.

На практиці це означає наступне. Якщо клієнт-батько звертається до психолога з тим, щоб він допоміг йому зробити більш стосунковим свого вже дорослого сина, який перестав радитись з ним і перестав слухатись до його думки, то у цьому випадку слід з'ясувати декілька речей. Перш за все, чи дійсно ми маємо проблеми з сином, чи навпаки з внутрішнім небезпідставним, але неадекватним страхом батька перед проявом власної неспроможності, яку він проектує на сина. Якщо це другий випадок, то доцільно почати з того, що підвести клієнта до усвідомлення різних і, певним чином, протилежних аспектів проблеми. А саме того, що з одного боку, клієнт, як всякий батько, хоче, щоб його син формувався як самостійна людина, яка приймає власні рішення.

відповідає за них. З другого — він весь час намагається прив'язати його до себе, зробити залежним від себе, несамостійним. Таким чином проблема зовнішніх стосунків переводиться у внутрішній план.

Досить частими є також звертання за психологічною допомогою людей, які є самотніми і мають труднощі у спілкуванні, що на їх думку, пов'язане з попередніми травмуючими спробами та невдачами, зумовленими, як вони вважають, їх недоліками. У такому випадку доречним є з'ясування питання про те, з ким або з чим спілкується (чим займається) клієнт, коли йому важко, у чому він знаходить сили чи розраду? Тобто таким чином доцільно внутрішню проблему перевести у зовнішній план. Тут можна зупинитись принаймі на двох аспектах. Перший — у чому ж саме полягають труднощі спілкування і як вони відчуються самим клієнтом? Другий — яким чином відбувається неусвідомлюване позитивне спілкування, що є характерним для стану клієнта під час цього спілкування? З'ясувавши це, необхідно опрацювати, прожити негативні ситуації у позитивному стані і закріпити їх у рольових іграх, а далі у реальних ситуаціях у вигляді домашнього завдання.

Психологічне консультування створює для психолога можливість глибше зрозуміти характер психотравми та особливості ураження особистості, специфіку негативних особистісних проявів свого клієнта. Саме під час співбесіди психолог збирає необхідну інформацію для забезпечення глибшого розуміння суті проблем клієнта, а також для побудови плану майбутньої корекційної роботи, вибору її стратегії і тактики, найбільш ефективних засобів терапевтичного впливу з огляду на специфічність самої психотравми, так і беручи до уваги особливості типу особистості свого клієнта. Під час проведення консультативної бесіди відбувається також збирання необхідної інформації щодо усвідомлюваних і несвідомих психофізичних та психоемоційних реакцій клієнта, пов'язаних з психотравмою, завдяки чому вдається глибше досягнути те, що ж насправді сталося з його підопічним.

Засоби тілесної психотерапії

Психологічне консультування готує ґрунт для застосування більш глибоких технік, яких на сьогодні можна налічити дуже багато. Це і традиційні і нетрадиційні психотерапевтичні техніки, що сягають своїм корінням у сиву давнину, і суперсучасні. У даному параграфі буде зосереджено увагу на деяких з них, перш за все тих, які ще не стали предметом пильної уваги як спеціалістів-практиків, так і широкого загалу людей, що потребують психологічної допомоги, саме тих, які позитивно зарекомендували себе у практичній роботі.

Це такі психотехнології, як трансактний аналіз, тілесно зорієнтована терапія, нейролінгвістичне програмування, дихальна терапія, та інші. Усі вони мають свою специфіку застосування відповідно до характеру психотравми, технології процесу терапевтичного втручання, тривалості ефекту тощо. Слід мати на увазі, що психотерапевтична дія спричиняється не безпосередньо на саму психотравму, а на особистість, людину з тією чи іншою психотравмою.

Першим етапом психотерапевтичного процесу є зняття стресового навантаження. Хоча певне психологічне напруження зникає вже на етапі психологічного консультування, позбутись посттравматичного стресу та його фізичних наслідків у вигляді своєрідного "м'язового панцира" чи "тілесної броні", як їх називав В.Райх, у разі, коли психотравма має глибинний характер, не так просто. Для вирішення цього завдання можуть бути використані різні техніки. Всі засоби, які приводять до ліквідації психотравми, автоматично ведуть також і до зняття стресового навантаження з організму. Проте найбільш ефективними для досягнення цієї мети є методи тілесно орієнтованої терапії. Їх перевага над іншими полягає у тому, що вони дають можливість клієнту одразу відчувати психологічне і фізичне полегшення, демонструють результативність терапії, поглиблюють його довіру до психолога, яка підкріплюється на підсвідомому рівні безпосереднім тілесним контактом. Крім того, за принципом зворотного зв'язку ці методи через фізичну релаксацію впливають на саму психотравму і готують ґрунт для подальших цілюючих психотерапевтичних дій.

Відомо, що психічне напруження, пов'язане з психотравмою, спричиняє постійне фізичне напруження тих чи інших м'язів, своєрідні блоки у відповідних зонах тіла, чого як правило, сама людина часто не усвідомлює, оскільки зживається з ними і вважає їх цілком нормальними особливостями свого організму. Блокуватися можуть різні м'язи — лицеві, горла, рота, шиї, грудей, живота, стегон та інші. В.Райх у ході своїх досліджень дійшов до висновку про те, що "м'язовий панцер" складається з семи основних захисних сегментів, котрі утворюються із м'язового панцера м'язів і органів вираження відповідних психофізичних функцій і станів. Ці сегменти створюють ряд приблизно горизонтальних кілець, розташованих під прямим кутом до тулуба і хребта. Основні сегменти панцера розташовуються у зонах очей, рота, шиї, грудей, діафрагми, живота, тазу.

Як свідчить практика, ці сегменти у свою чергу мають свої больові сигнальні точки. Кожен блок пов'язаний з відповідними характерними негативними емоціями, притаманними людині у зв'язку з психотравмою. Під час сеансу завдання психолога полягає у визначенні стресових зон і своїми діями (масаж, акупресура, теплова дія), а також шляхом залучення саморегулюючих зусиль самого клієнта добитись

м'язового розслаблення цих зон та загальної релаксації організму підопічного. Певним критерієм успішності спільних дій є зникнення або ж значне ослаблення больових відчуттів у відповідних точках та загальний стан психологічного спокою клієнта. Результатом застосування методів тілесно орієнтованої терапії нерідко є досить глибокий цілющий вплив на психотравму, перш за все у тих випадках коли вона більш тісно пов'язана з кінестетичними відчуттями клієнта. Таким чином готується ґрунт для переходу до застосування більш спеціальних психотерапевтичних прийомів, націлених на безпосередню роботу з психотравмою клієнта.

Засоби трансактного аналізу

Як відомо, засновник трансактного аналізу Е.Берн виділяв три основних стани особистості клієнта — дитину, дорослого і батька. Він вбачав сутність психотравми у порушенні нормального функціонування стану дитини, виникненні своєрідної змішаності з вказаними вище станами. Внаслідок цього, під впливом травмуючих ситуацій і взаємодій, перш за все з батьками та дорослими, у психіці дитини утворюються стійкі підсвідомі рефлекси, які призводять до прийняття у ранньому віці певних рішень відносно свого наступного життя. Ці рефлекси та рішення вже у дорослому стані не можуть бути адекватними навколишньому оточенню, але все ж автоматично повторюються у ситуаціях, які нагадують ту, що послужила початком утворення психотравми. Як пише сам Е. Берн, “ у найзагальнішому вигляді можна констатувати, що психічно хворі перебувають у змішаності, і мета психотерапії — звільнити їх від цієї змішаності за допомогою добре спланованої серії аналітичних і синтетичних дій (операцій)” (Берн Е., 1994, с.15).

Психотравми результуються в певних особистістних рішеннях типу: “я ніколи не буду...”, або ж “я завжди буду...”, які можуть прийматися ще у дитячому віці і виконувати роль безумовного переконання і установи для поведінки в наступному житті. Таким чином, вони стають основою певних стереотипів взаємостосунків — типових “ігор”, що вповнюють відповідні схеми життя — “сценарії”. В абстрактній формі Берн узагальнив усі можливі варіанти у вигляді чотирьох базових позицій. Серед них перша — є позиція психологічного здоров'я, а останні три — основа різноманітних негарездів.

Терапія психотравм, з точки зору трансактного аналізу, полягає у тому, щоб допомогти людині змінити свою психологічно хворобливу позицію на здорову. “Практично всю трансактну теорію особистості — від раннього досвіду, рішення, позиції і їх наслідки, фантазії про Клауса, колекціонування купонів, цінність метафор і гумору — можна звести до трансактної позиції “Я О'кей, — ти О'кей” (Берн Е.,

1994, с.15). Тому завдання психолога — спочатку з'ясувати особливості хворобливої життєвої позиції свого клієнта, характер тієї психотравми, завдяки якій вона утворилась. Потім, за допомогою різноманітних психотехнологій, домогтися її зміни на позицію психологічного здоров'я і життєвого успіху.

Засоби нейролінгвістичного програмування

До ефективних засобів психокорекції можна віднести нейролінгвістичне програмування (НЛП). У розумінні суті психотравми представники цього напрямку є близькими до Е.Берна. Вони вважають, що психотравми утворюються в результаті сильних стресових переживань внаслідок загрозливих для життя та здоров'я подій. Ці переживання закріплюються у вигляді хворобливих умовних рефлексів типу фобічних реакцій або ж певних дитячих чи дорослих рішень, які стають згодом життєвими настановами, діючими автоматично. Оскільки умовні рефлекси і життєві настанови мають своє коріння у підсвідомості, психокорекція методами НЛП здійснюється на рівні підсвідомості за допомогою образних структур. Для пояснення особливостей психокорекції при психотравмах звернемося до наступного прикладу. “Варт було Селли полишити свого восьмирічного сина... як її тут же переповнював неспокій від однієї думки про нього... З'ясувалось, що його коріння сягає у її дитинство, коли у семирічному віці вона пережила дещо, що продовжує хвилювати її до теперішнього часу. В той час її батько несподівано зник з дому на п'ять днів. Ніхто у сім'ї не мав жодного найменшого уявлення про те, де він знаходиться, чи повернеться він коли-небудь назад, живий чи мертвий. Весь цей час Селли почувала себе покинутою, розгубленою і наляканою. Цей випадок наклав глибокий відбиток на емоційне життя Селли і тепер, коли вона знаходилась далеко від сина, у неї було теж саме відчуття” (Андреас Ст., Андреас К., 1993, с.31). Щоб звільнити клієнта від такої психотравми психолог уточнює умови, за яких такого б травмуючого наслідку не сталося. У даному випадку цією умовою була безпосередня присутність старшого брата.

Після цього за допомогою психолога клієнт формує у своїй уяві ситуацію такої присутності, оживляє її, намагаючись, щоб виникло почуття справжності цього, і допомагає Селлі прожити в уяві травмуючу ситуацію, утримуючи біля себе образ старшого брата. При цьому він спостерігає невербальні реакції клієнта для того, щоб впевнитись у позитивності результату. Завдяки такій процедурі вдається замінити старий хворобливий умовний рефлекс щодо обставин, які нагадують психотравму, на новий позитивний, життєстверджуючий. Таким чином ефективно лікуються дитячі і не лише дитячі психотравми.

Відносно психокорекції обмежуючих рішень одним із авторів НЛП Р.Бендлером був розроблений метод "руйнування рішення". У багатьох людей в їх житті бувають невдачі, але для деяких із них вони можуть стати основою негативного рішення, що вони взагалі ні на що не здатні, через що у подальшій життєдіяльності вони всіляко уникають ситуацій, в яких вони могли б потерпіти фіаско. Сутність методу полягає у тому, що у клієнта формується сильне емоційне позитивно насичене переживання свого образу успіху такого, який або мав місце у минулому, або ж такого, який є найбільш бажаний, найбільш близький до ідеалу. І у цьому образі клієнт повертається у суб'єктивному часі до того стану, коли травми ще не було і проживає у цьому стані своє травмуюче минуле, повертаючись у сьогодення, змінюючи негатив на позитив. "Даний метод особливо корисний людям, що мали протягом довгого часу цілу серію подібних переживань. Створення одного сильного нового спогаду здатне змінити довгу історію, повну неприємностей, як, наприклад, у людей, чиє дитинство пройшло у приниженнях. Створення такого спогаду може послугувати кроком на шляху створення більш гнучкої особистості" (Андреас Ст., 1993, с.38.).

В своїй книзі автори узагальнили досвід НЛП у зціленні психотравм у вигляді послідовності етапів роботи самого психолога, який допомагає своєму клієнтові позбутись хворобливого травматичного минулого. Певну схожість з технікою НЛП має методика десенсибілізації і переробки психічних травм за допомогою рухів очей (ДПРО), розроблена Ф.Шапіро. Вона була запропонована з метою лікування посттравматичного стресового синдрому, який, за визначенням Американської психіатричної асоціації, є наслідком психічних травм. Його симптомами є нічні кошмари, спогади і нав'язливі ідеї, пов'язані з бойовими діями, згвалтуванням, інцестом, нещасними випадками і природними катастрофами, тощо.

Сутність методики ДПРО полягає у наступному. "Спочатку терапевт і пацієнт встановлюють негативні та бажані позитивні самочинки пацієнта. Потім травматичний спогад лікується за умови, що пацієнт зберігає у свідомості: (1) образ спогаду і (2) фізичне відчуття, що виникає у відповідь на неспокій, чи щось одне з них. Одночасно психотерапевт стимулює мультисакадичні рухи очей, пропонуючи пацієнту (пацієнту) слідкувати поглядом за рухами руки терапевта, що змінюються. Незважаючи на те, що оптимальні умови створюються тоді, коли уявлення і фізичне відчуття знаходяться одночасно у свідомості пацієнта, наявність одного з них може бути достатньою для успішного виконання повної десенсибілізації". (Шапіро Ф., 1996, с.19).

Зважаючи на те, що, сама методика видається досить простою і зрозумілою, а за твердженням автора та її послідовників, об'єднаних

у асоціацію, практичне її застосування досить ефективно, закономірно виникає питання про пояснення цієї ефективності.

За гіпотезою автора найбільш вірогідне пояснення ми маємо у теорії психотерапевтичного ефекту і основ неврозу, розробленої І.П. Павловим, який стверджував необхідність для оптимальної переробки інформації мозкового балансу збудження-гальмування.

“Травматичне перенавантаження” є причиною блокування переробки інформації, і як наслідок, подія запам’ятовується у формі, що викликає страх і негативними самооцінками. Ця “нейронна блокада”, яка заважає обробці інформації, з часом посилюється, викликаючи нав’язливі спогади і нічні кошмари, породжуючи симптоматику посттравматичного стресового синдрому. Сутність лікування, як припускав Павлов (1927), — це відновлення балансу, що, можливо, і робить ДПРО” (Шapiro Ф., 1996, с.21).

Засоби дихальної терапії

Одним із ефективних засобів корекції при психотравматизації є дихальна терапія. На сьогодні існує багато різновидів цієї психотехніки. Можна говорити про певний напрям у психотерапевтичній роботі загалом. Серед різноманітних дихальних психотехнік увагу привертає методика розроблена С.Грофом. У розумінні сутності психотравм С.Гроф є послідовником О.Ранка, який вважав, що значну роль у формуванні певної схильності до майбутніх уражень тих чи інших функцій психіки відіграє процес народження і безпосередньо, переживання фізичної родової травми.

С.Гроф систематизував основні фізичні та психічні переживання, що мають місце під час процесів дихальної терапії, які він пов’язує саме з пам’яттю про процес індивідуального народження. Ці переживання утворюють чотири базові перинатальні матриці (Гроф С, 1994, с.27-54).

Перша матриця узагальнює психоемоційні переживання первісної єдності матері та плоду. Серед позитивних — це відчуття спокою, захищеності, задоволення та інші. Серед негативних — це переживання загрози, задухи, неспокою, які пов’язані з патологічними відхиленнями, токсикозами внутрішньоутробного життя.

Друга — систематизує переживання, що пов’язані з початком біологічного народження, з його першою клінічною стадією. Характерними переживаннями цієї матриці є всеохоплююче відчуття загрози для життя, що невпинно насувається, утиску, безвихідності, безнадійності.

Третя матриця узагальнює переживання боротьби за життя, під час якої новонароджений піддається могутньому тиску, відчуває нестачу

чу кисню та задуху, які зумовлюють почуття страху, агресії, бажання прискорити кінець, щоб позбутись страждань, та інші.

Четверта матриця за змістом пов'язана з третьою клінічною стадією народження дитини, саме з фіналом родової діяльності, коли закінчується процес боротьби за народження.

Кожна людина має певну специфіку у реагуванні на стресові ситуації та інші зовнішні події, яка зумовлена саме особливостями тих психоемоційних переживань, яких вона зазнала разом з матір'ю під час пологів. Ці переживання утворюють комплекс певних програм реагування, сукупність умовних рефлексів, які реалізуються автоматично, безвідносно до того, усвідомлюються вони людиною чи ні. На цю психоемоційну основу накладається досвід переживання життєвих проблем, які уражають слабкі місця, внаслідок чого утворюються психотравми та відповідні їм неадекватні психоемоційні реакції. У роботі з психотравмами за допомогою дихальних психотехнік вирішується ряд завдань.

1. У процесі дихання відбувається швидке занурення клієнта у досвід своїх глибинних переживань та відчуттів, які є сплавом його зривної родової програми та набутого травматичного життєвого досвіду. Психолог при цьому виконує роль акушера, який допомагає клієнтові пережити його травматичний досвід (Свободное дыхание..., 1992).

2. При цьому відбувається десенсибілізація психотравми, реструктурування початкової програми у позитивному для клієнта напрямі, звільнення його від негативних настанов, своєрідних кліше (аласних обмежуючих переконань) типу: "я ніколи не зможу...", "у мене завжди нічого не виходить...", "це не для мене...".

Таким чином негативний травмуючий досвід не просто відкидається, а ефективно переживається на глибинному рівні аналогічно до процесу переосмислення і разом з ним.

Дихальна терапія застосовується також для психокорекції травмованої наркозалежністю психіки, що передбачає "руйнування чи суттєву зміну психологічних настанов особистості" (Зарицкий М.Г., 1995, с.83). з метою подолання психічної залежності від наркотиків. Адаптована методика холотропного дихання є ефективною для лікування хворих з патологічним потягом до опіатів, а також неврологічними і психопатологічними проявами наркоманії.

Особливістю дихальних процесів є те, що під час їх реалізації клієнт також досягає глибоких позитивних духовних переживань спокою, радості, любові, свободи та інших, які цілюще впливають на психіку в цілому і на психотравму зокрема. Якщо ці переживання досягають досить високої інтенсивності, вони можуть сприйматися як трансперсональні у відповідному казковому, міфологічному, релігійно-

містичному чи художньо поетичному образному стилі, на що звертається увага в працях С.Грофа та інших послідовників дихальних психотехнік.

Саморегуляція при психотравмах

У розглянутих прикладах увага приділялась психотехнікам спільної роботи психолога і клієнта. Слід зазначити, що важливу роль у лікуванні психотравм відіграють методи саморегуляції. Вони можуть використовуватись принаймні у двох основних формах.

1. Як допоміжний засіб у роботі психолога з клієнтом для раціоналізації домашніх завдань. Перший навчає другого простим прийомам, які останній виконує вдома, щоб закріпити і посилити вплив терапевтичної дії спільної роботи. Це може бути саморегуляція власних станів у ході реальної рольової гри з оточуючими у разі закріплення нових навичок спілкування, або ж уявне проживання ймовірних складних ситуацій. Нарешті, це може бути зняття психічного травматичного напруження за допомогою дихальних вправ тощо.

2. Засоби саморегуляції можуть використовуватись як відносно самостійні прийоми регуляції та корекції психічних станів. Серед таких технологій найбільш відомим є аутогенне тренування. (Беляев Г.С., 1977.; Филатов А.Т., 1979.; Лундман Х., 1980.; Шульц И.Г., 1985.; Лазин В.С., 1986.; Гримак Л.П., 1989).

Крім аутогенного тренування, яке спеціально було розроблено як засіб саморегуляції, таку ж функцію при певній модифікації виконують і інші психотехніки, які спершу розроблялися як засоби роботи психолога з клієнтом. Це стосується нейролінгвістичного програмування, техніки рухів очима, дихальних психотехнік та інших. Наприклад, своєрідна самокорекція власних психотравм у рамках НЛП викладена у книжці подружжя психологів Андреас. (Андреас Ст., 1993, с.79-81).

Серед засобів саморегуляції, які позитивно впливають на корекцію психотравм, можна назвати медитацію. За її допомогою досягаються особливі змінені стани психіки, які є цілющими для психіки в цілому і лікування психотравм зокрема. Ці стани здатні "дезактивувати" дію негативних подразників, сприяють позитивній перебудові, зміцненню психічних функцій, пов'язаних з емоційно-вольовою сферою людини. А саме діаметрально протилежні зміни у цій останній є характерними для переважної більшості неврозів та психогеній" (Гримак Л.П., 1989, с.251).

Цінність медитації як засобу саморегуляції і самокорекції при психотравмах полягає не лише у тому, що завдяки постійній роботі над собою вона "сприяє відновленню нервово-психічних функцій людини залишаючи після себе відчуття віжості, внутрішнього оновлення і релаксації".

буття" (Там же, с. 254), але також і в тому, що вона дає практичну навичку оволодіння людиною своїми власними ресурсами, напрацювання важливого досвіду самокорекції та самопрофілактики.

Таким чином, існує чимало засобів психологічної допомоги при психотравмах у відповідності з особливостями самих травм. Кожен з них є ефективним і доцільним, але досягнення бажаних результатів залежить і від конкретного спеціаліста, його особистості. Поряд із засобами психологічного, терапевтичного впливу на клієнта існують важливі методи саморегуляції, які можуть бути використані як допоміжні прийоми у спільній роботі, і мати самостійне значення у самокорекції та профілактиці психотравматизації.

7. ЯК ЗАПОБІГТИ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ ТА ПОПЕРЕДИТИ ЖИТТЄВІ КРИЗИ

Аналіз методів та шляхів психологічної допомоги вказує на те, що спеціаліст-психолог має справу з наслідками психотравматизації особистості, що проявляються у відповідних реакціях, поведінці, вчинках. Як правило, особа з психотравмою оточує себе надійним психологічним захистом і пов'язує свої реакції з особливостями характеру, а не з психотравмою як такою.

Великого значення набувають профілактичні заходи психотравматизації. Основними напрямками такої профілактики є перш за все особисте життя і сімейно-побутові стосунки, спілкування з близькими людьми, бо саме тут, як показує практика психологічної роботи, найчастіше відбувається психотравматизація особистості. На жаль, основні психотравми особистості виникають у ранньому дитинстві, а проявляються на більш пізніх етапах життя.

Сферою психотравматизації є дитячі, шкільні колективи та спілкування з педагогами. Вхідження у нові стосунки, відмінні від мікросередовища сім'ї, потребує відповідної перебудови особистості, яка, на жаль, не відбувається безпроблемно. Часто її результатом є психотравма.

Нарешті, важливою сферою профілактики психотравм є виробнича діяльність, спілкування з колегами та керівництвом за місцем праці. Ускладнення соціально-економічних відносин, відповідні труднощі працевлаштування, скорочення місць праці, і безперечно психотравмуюче впливають на людей, болюче зачіпають їх найбільш глибокі особистісні якості, такі як впевненість у собі, почуття власної вартості, самоповага та шанування інших.

Роль сім'ї у профілактиці психотравматизації дітей і дорослих

Розглянемо сімейні стосунки, які можуть сприяти виникненню психотравм. Що може зробити сім'я, аби допомогти людині позбутися психотравми, якщо це вже, на жаль, сталося. Що може зробити сім'я, аби перешкодити утворенню психотравм?

З точки зору виникнення та запобігання психотравм сім'я відіграє не однозначну роль. З одного боку, вона є джерелом травматизації для своїх членів, наприклад у разі, коли подружжя змушене жити разом без взаємного або ж хоча б одностороннього почуття любові і пов'язане одне з одним лише різного роду залежностями та обумовленими ними обов'язками. При цьому батьки, як правило, транслиують власні психотравми своїм дітям під виглядом життєвого досвіду, небезуспішно намагаючись передати їм ті чи інші власні вади та викривлення з відповідним їм психологічним захистом. У свою чергу це формує у дітей певні форми "ігор", сценаріїв та програм за термінологією Е.Берна. (Берн Э, 1994). Суперництво та ревності між старшими і молодшими дітьми, дітьми і дорослими за увагу, любов, а також страх покарання, відторгнення є ще одним фактором, що посилює психотравматизацію.

На щастя сім'я є також і місцем де психотравми лікуються. Це перш за все стосується тих психотравм, які отримуються членами сім'ї поза її межами у зовнішньому середовищі. Саме сім'я, близькі люди надають шире, безкорисливу допомогу, підтримку один одному не тільки матеріальну, але перш за все моральну, психологічну. Це проявляється у співчутті, увазі, розумінні, любові. Щірі почуття і відповіді їм стани, перш за все почуття любові є найбільш цілющими для психотравм психологічними ліками (Кэмпбелл Р., 1992, Дмитренко А.К. 1994).

Слід розрізняти дві форми проявів травматизації.

1. "Травма материнська". Такою можна її назвати умовно, бо її сутністю є безумовність, беззастережність. Такі почуття та стани стосовно дітей можуть створювати не тільки матері, але й інші члени родини. Проте вони, як правило, пов'язані з материнським інстинктом, функцією захисту, опіки, збереження, яка найбільшою мірою притаманна саме матері.

2. Друга форма — "Травма батьківська". Її суть — умовне прийняття і умовна любов, які мають своїм психологічним підґрунтям певне застереження, умову. "Я буду любити тебе, якщо ти завжди будеш...", "...якщо ти ніколи не будеш...", "...якщо ти станеш...", "...якщо ти відмовишся від..." тощо. Тобто прояв цього почуття передбачає, як попередню умову, певну зміну особистості. Обумовлене почуття любові

виконує виховну функцію, потребує і спонукає до особистісних змін у напрямку, який вважає позитивним вихователь.

Важливим є питання про роль сім'ї у запобіганні психотравматизації. Перший напрям профілактичної роботи стосується виховання дітей, а другий — особливостей спілкування у сім'ї, головним чином між подружжям. Відносно сімейного спілкування важливим є уникнення стресових, травматичних ситуацій, створення таких умов, які б не допускали нервових зривів.

У позитивному плані для профілактики психотравм більш ефективним є створення у сім'ї життєстверджуючого середовища спілкування, взаємодопомога і взаємопідтримка один одного перед лицем труднощів і проблем. З метою запобігання конфліктів і сварок ще у самому початку їх виникнення доцільним є завчасне спільне обговорення негативних почуттів, що мають місце. Мова йде про необхідність формування у людей сучасної психологічної культури як невід'ємної частини здорового способу життя.

Чим може допомогти школа?

Важливою сферою життя, особливо для дітей і підлітків, є школа та спілкування з педагогічним колективом та своїми однолітками. З одного боку, як і в сім'ї, школа, навчання та спілкування у ній може виступати важливим чинником утворення психотравм. Труднощі і проблеми навчання, стреси від неуспіхів, погані оцінки, відставання від товаришів можуть призводити до розвитку психотравм. До цього слід додати, що такі особливості спілкування у школі, як заздрість щодо успіхів інших, несправедливість у заохоченнях та покараннях, неоднаковість у ставленні вчителів до учнів, ревності, тобто все те, що ранить, уражає ще не зміцнілу психіку дітей, і, як правило, призводить до психотравм.

З другого боку, школа є могутнім засобом профілактики психотравм у тому разі, коли педагогічному колективу допомагає у роботі з дітьми та вирішенні власних проблемних та конфліктних ситуацій шкільний психолог. Крім того спеціальні психологічні знання та навички, власний життєвий досвід можуть допомогти педагогам запобігати психотравматизації дітей. У тісній співпраці з батьками вони можуть сприяти усуненню і загоєнню психотравм.

Важливою категорією дітей для роботи у цьому напрямку є діти, що потерпіли від агресії та насильства з боку дорослих, старших дітей та однолітків, діти з девіантною поведінкою, так звані педагогічно невіддані, важкі діти, діти вулиці, діти, що перебувають у конфлікті з законом, схильні до суїциду та інші. Усі ці категорії дітей є психологічно травмованими і потребують психологічної допомоги. Разом з

тим своєю поведінкою вони сприяють поширенню психотравматизації у шкільному середовищі, бо схильні до створення асоціальних груп, залучення, часто силою, до свого середовища інших дітей та підлітків з поширенням практики вживання алкоголю, наркотичних речовин, захоплення до ранніх статевих стосунків, дрібних крадіжок, вимагання грошей у молодших, хуліганських вчинків, тощо (Ранняя..., 1989).

Враховуючи те, що у сучасних умовах, коли сім'я не завжди справляється з завданнями виховання своїх дітей, значна роль у профілактиці психотравм належить вихователю-вчителю, шкільному психологу. "Виходячи з того, що більша частина прогулів уроків і полишення дітьми дому пов'язані з помилками виховання в сім'ї і школі, слід відвести головну роль у справі профілактики бездоглядності саме вчителю. Психологічна профілактика передбачає не стільки зміну реальних умов життя учня, скільки зміну ставлення до них" (Ранняя... 1989, с.28).

Вторинна профілактика психотравматизації передбачає відповідну роботу з батьками, педагогами, працівниками служб, що у своїй роботі зобов'язані опікуватись дітьми та підлітками, надавати допомогу сім'ям і дорослим. Це працівники соціальних служб для молоді, служб у справах неповнолітніх, кримінальної міліції та інших. Також це стосується роботи з дітьми та підлітками, які вже є носіями девіантної поведінки, потрапили у коло уваги правоохоронних органів, мають проблеми у спілкуванні з оточуючими.

Важливою є діяльність психологів соціальних служб для молоді, телефонів довіри, громадських організацій, які за допомогою розглянутих вище та інших ефективних психотехнік надають кваліфіковану психологічну допомогу дітям, сприяють їм у подоланні власних життєвих криз та у знаходженні виходу із складних, а часто безнадійних для них ситуацій.

Вплив професійного середовища на психотравматизацію та самопрофілактика

Важливу роль у житті людей відіграє праця та стосунки на роботі. Зриви, непорозуміння, конфлікти — усе це призводить до психотравм, а у більш складних випадках до психогенних та психосоматичних захворювань. Разом з тим робота може не тільки забезпечувати матеріальний добробут, але й приносити моральне задоволення та слугувати середовищем психологічного комфорту, особистісної самореалізації. Для більш ефективного використання працівників за місцем праці необхідним є створення для них належних умов роботи і спілкування.

Профілактика травм передбачає уникнення перевиснаження працівників, надмірно стресових ситуацій, створення для них умов відпочинку під час роботи для відновлення працездатності, запобігання конфліктних ситуацій, ворожих стосунків між працівниками, несправедливості, насильства та інших негативних проявів.

Крім запобігання психотравматизації, яка зумовлена зовнішніми щодо особистості чинниками, доцільно звернути увагу на ті аспекти, які залежать від самої людини, бо про своє здоров'я перш за все вона мусить подбати сама. Що ж можна віднести до самопрофілактики психотравматизації?

По-перше — це чергування роботи і відпочинку, запобігання перенавантажень, виснаження, використання позамежових ресурсів організму. Тобто бажано навчитися уникати надмірних перенавантажень.

По-друге — це уникнення конфліктних, ворожих стосунків у найближчому особистісному оточенні, силових методів вирішення проблем, підозри, помсти та намагання підкорити або покарати незгодних, це поважне ставлення до тих, хто поряд з тобою.

По-третє — це створення навколо себе доброзичливої, життєрадісної і життєстверджуючої атмосфери оптимізму, взаємодопомоги та взаємопідтримки.

Профілактика психотравматизації може бути поділена на первинну і вторинну. До первинної профілактики можна віднести роботу з дітьми, що мають певні проблеми у розвитку психічних функцій. Вона може здійснюватись спеціалістом психологом і педагогом-вихователем. Ця робота передбачає: крім виховання позитивних якостей, навичок і звичок поведінки, набуття вмінь протистояти шкідливим впливам та навчання засобам того, як позбутись негативних проявів.

Профілактика психотравм повинна базуватись не лише на інформаційному забезпеченні, а перш за все на індивідуальній і груповій психокорекційній роботі, що має на меті зміну стереотипів поведінки у позитивному соціальному напрямі. Серед форм такої роботи чільне місце належить практичним семінарам, практикумам, рольовим іграм.

Серед основних організацій, які покликані і в змозі проводити таку роботу слід назвати крім навчальних закладів з їх психологічною службою, соціальні служби для молоді, служби у справах неповнолітніх, кримінальну міліцію, громадські організації, а також групи взаємодопомоги за різними напрямками діяльності.

Причини психотравматизації мають своє коріння як в соціально-економічних особливостях сучасного життя, так і в соціокультурних традиціях спілкування. Для того, щоб зменшити поширення цього шкідливого явища у суспільстві потрібні, поряд із соціально-економічними перетвореннями, широкомасштабні та довгот-

ривалі профілактичні заходи. Суть цих заходів — у культивуванні психологічних знань і практичних навичок позитивних взаємостосунків, вихованні та формуванні у людей психологічної культури праці, відпочинку і спілкування як необхідної складової здорового способу життя.

Профілактичні заходи повинні охоплювати сферу виховання та сімейних стосунків, а у навчальних закладах — спілкування дітей між собою та спілкування дітей і дорослих, стосунки співробітників у місцях праці, а також реалізуватись кожною свідомою людиною як самопрофілактика психотравматизації відносно власного психічного здоров'я, бо усі ми і кожен з нас є часткою своєрідного спільного психо-соціального середовища.

8. ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ЯК ЖИТТЄВА КРИЗА: ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

Що таке ішемічна хвороба серця ?

Ранок. Чудовий настрій. Ви, повні сил і відчуття успіху, швидко йдете у справах і раптом різко зупиняєтесь від сильного болю в грудях. Рука інстинктивно хапається за серце. Ви охоплені страхом. Світ хитається. “Я помираю ?!”... Лікар. Діагноз: ішемічна хвороба серця. Незрозумілі слова, що сприймаються окремо від власного ества: “Це не зі мною і ніяк мене не стосується!”.

Злякані очі рідних. Із дзеркала на Вас дивиться чиясь незнайома обличчя: “Невже це я ?!”. “У Вас може бути інфаркт. Ви можете раптово померти, якщо не будете виконувати наших рекомендацій”, — лунає в мозку.

Ви входите в нову, болючу реальність небезпечного захворювання, що кожний рік забирає величезну кількість життів. Звичні, установлені погляди на життя починають змінюватись. Ви усвідомлюєте себе в новій якості. Коригується або вперше виробляється ставлення до самого себе, до оточуючого. Хоч на початку зовні все ніби залишається без змін. Образ серця в значно більшій мірі, ніж інших органів та систем, у нас асоціюється із станом усього організму. Всі розуміють, що погіршення його роботи — реальна небезпека. А от психологічні фактори, що приводять до цього, часто не сприймаються. Ми перехвилювались, то й що — все минеться. Але ні серце, ні мозок нічого не забувають.

При накопиченні негативних емоцій виникають поверхневі функціональні розлади, що поступово переходять в серйозні органічні зміни серця та судин. Серцево-судинна система — одна з найважливіших адаптивних систем нашого організму, що підтримує стабільність

його функціонування в постійно мінливому середовищі в умовах дії різноманітних факторів, зовнішніх та внутрішніх.

До зовнішніх факторів належать географічна і соціальна мобільність, рівень освіти, рід занять, соціально-економічний статус, характер роботи, кількість міжособистісних зв'язків та рівень соціальної підтримки, життєві події та зміни, метеофактори, екологічна забрудненість та ін. Серед внутрішніх виділяють стан здоров'я, установку на здоровий спосіб життя, особливості мотивації, характерологічні властивості, емоційні стани та форми реагування на стресові ситуації, способи їх подолання, наявність захисних механізмів, локус контролю, стиль поведінки та ін.

Дуже важливі також звички — палення, прийнятна фізична активність, типовий для людини характер харчування, вміння відпочивати тощо. Людина не усвідомлює своєї поведінки, яка вже давно набула автоматичного характеру, не розуміє, як важко деяких звичок позбутися і як вони непомітно, але постійно впливають на стан здоров'я.

Резервні можливості серцево-судинної системи дуже великі, але й вони вичерпуються при надмірному впливі згубних для особистості чинників — їх великої тривалості та інтенсивності дії. Дисбаланс між вимогами і загрозою середовища та здатністю особистості протистояти їм порушує життєві взаємозв'язки і приводить до розвитку стресових станів.

Серед джерел виробничого стресу, за С.Коопер та D.Торрінгтон (1979), — внутрішні характеристики роботи: недостатнє розумове навантаження та перевантаження, нецікава робота, стислі строки виконання завдань, необхідність швидкого прийняття рішень, раптові надмірні фізичні навантаження та ін. Мають значення організаційна структура та мікроклімат — неефективність керівництва, обмеження поведінки, політика установи. Враховується статус людини в організації: наявність рольового конфлікту чи невизначене становище, відповідальність за людей, неможливість участі в прийнятті рішень та ін. Важливими є кар'єрні зміни — занадто швидко чи, навпаки, вельми повільна кар'єра, особливо в поєднанні з браком безпеки. Визначальними є також відношення всередині організації — погані стосунки з керівництвом, співробітниками, підлеглими, тягар відповідальності.

Взаємодія поза роботою також дуже значуща: на людину активно впливають вимоги сім'ї, особливо якщо вони суперечать виробничим справам. Навіть час, що його людина витрачає на дорогу до роботи, теж слід враховувати, аналізуючи наявність стрес-факторів, що впливають на стан серцево-судинної системи. Все це стає особливо суттєвим в умовах гострої соціально-економічної кризи в Україні.

Постійно зростаючі вимоги до точної переробки більших обсягів інформації з необхідністю прийняття найоптимальнішого рішення

напружують серце та судини. В результаті виникають спастичні стани судин — вони звужуються, перестають реагувати на звичні подразники або реагують не адекватно — чимдалі більш зменшується просвіт. Це особливо небезпечно в судинах серця — при їх спазмуванні можливі напади стенокардії (грудної жаби), інфаркт міокарду або раптова смерть. Ризик їх особливо зростає при порушенні обміну холестерину, який відкладається в артеріях у вигляді бляшок, що звужують судини, а при обтяженому протіканні перекривають просвіт судин.

Емоційні перевантаження викликають також підвищення артеріального тиску — на початку епізодичне, а потім стійке (гіпертонічна хвороба). Особливо небезпечно різке зростання тиску (гіпертонічний криз), при якому стає реальністю розвиток інфаркту міокарда та інсульту — крововиливу в мозок. Зрив функціонування серцево-судинної системи при частих стресових реакціях проявляється також у порушенні ритму її діяльності, що часто є причиною розвитку критичних станів організму при ішемічній хворобі серця (ІХС). Захворюваність і смертність при цій патології, більш відомій як інфаркт міокарда та стенокардія, швидко зростають.

В нестабільному суспільстві на розвиток і прогресування цієї хвороби впливають стійкі стресові реакції, що їх переживає людина, які викликають дисбаланс між вимогами середовища та здатністю особистості протистояти їм, якимось чином адаптуватися.

Психологічний портрет хворого на ІХС

Нездоровий спосіб життя, шкідливі звички, буденні стреси небезпечні для кожного, але особливо вражаються активні енергійні особи, що їх об'єднують у так званий психотип А. Для них характерні гучний та різкий голос, посилений вдих, напруженість м'язів обличчя і всього тіла, що зумовлює неприродно-вимушену позу, надмірну жестикуляцію в розмові, постійне стискання кулаків.

Це люди нетерплячі, агресивні, амбітні. Вони прагнуть лідерства, бажають постійно змагатися і досягати усього без меж. Їхні ціннісні орієнтації передбачають надмірну активність з прагненням працювати дедалі більше і більше всупереч іншим інтересам, сім'ї та обставинам. Необмежено ставляться нові задачі, а якість їх виконання досягається ціною власного часу, вихідних днів та відпусток. Ситуація значно погіршується при вживанні тонізуючих напоїв (кава) з метою стимулювання працездатності.

Повсякчас зростає напруженість, виникає гостре відчуття браку часу. За постійного психоемоційного перевантаження на роботі та в домашніх умовах такі особи не знаходять часу для відпочинку, відчуття потреби в якому у них часто атрофоване або витіснене хибною до-

мінантою служіння своїй сім'ї, родичам, друзям. Адже при втраті здоров'я програють усі! В умовах же спонтанного і нетривалого відпочинку у них домінує небезпечна тенденція надмірних фізичних навантажень і або зловживання алкоголю. Як правило, це пов'язане з нерозвиненістю механізмів релаксації: просто інакше вони не можуть розслабитися, хоч трохи відключитися від своїх численних обов'язків.

Для осіб з високим ризиком ІХС та хворих на ІХС характерне відчуття швидкоплинності часу, їм постійно здається, що вони нікуди не встигають. Вони дратівливі, не дуже доброзичливі, схильні до різких негативних оцінок оточуючих (ситуативна реакція опозиції). Ці люди не володіють механізмом зовнішнього прояву позитивних емоційних переживань, вони можуть бути надто стриманими, неприродними, далекими від спонтанності.

Пасивні стани типу страху, наприклад страху смерті як тотального страху, зовні не проявляються, а розряджаються в гніві, агресивності, що поглиблює основний стан і значно погіршує емоційний фон, який і так постійно знижений внаслідок загостреного сприйняття зовнішніх жорстких очікувань та замовлень. Необумовлені метушливість та надмірна діяльність таких осіб, що прагнуть попередити ймовірні втрати, є яскравою дезадаптивною реакцією, характерною для поведінкової моделі вимушеної активності. При цьому виникає підвищена готовність до сприйняття негативних зовнішніх сигналів та сигналів небезпеки (реакція емоційного дисбалансу) з похмурым забарвленням свідомості (песимістична ситуативна реакція). Лідерство зберігається завдяки великій емоційній напрузі, яка вже й так досягла критичної межі. В результаті — інфаркт міокарда.

Створюється від'ємний життєвий баланс (реакція негативного балансу), різко змінюється сфера контактів — відмова від звичних (ситуативна реакція демобілізації). Порушується сон (реакція дезорганізації). На перший план виступають волюнтаристські тенденції, самовимушені реакції. Виникають почуття тривоги і боргу. Втрачається відповідна гнучкість у ставленні до себе і свого життя. Стан ще більше погіршується при поганих умовах роботи. Виникає значне психоемоційне напруження, що в умовах стресової ситуації призводить до серйозних ускладнень захворювання.

На жаль, психологічні аспекти профілактики ІХС розробляються дуже повільно. На сьогоднішній день виділені психотипи в залежності від ризику розвитку ІХС — вже описаний небезпечний А та Б — збалансований в діяльності та відпочинку, з невеликим ризиком ІХС.

Психотип Б — протилежність психотипу А, він об'єднує спокійних, врівноважених особистостей, які адекватно оцінюють свої сили і можливості. При плануванні робочого дня ці люди завжди залишають час для відпочинку. Якщо ж напружений ритм не дозволяє цього що-

денно, представники психотипу Б збільшують період відпочинку в інші дні, а також у вихідні. Проміжки вимушеної надмірної активності завжди чергуються з поглибленою розслабленістю. Сили і засоби досягнення цілей розподіляються рівномірно. Невдачі не розцінюються як катастрофи.

У таких особистостей — добре структурований час життєдіяльності, тому вони багато встигають без надмірної активності. Вони не проявляють агресивності, мають сформовані механізми реалізації страху, доброзичливий гумор, здатні до розумної конкуренції, гнучкості в оцінці подій та вирішенні проблем. Часто використовують різноманітні методи психологічного розвантаження, як рекомендовані психологом, так і власні, визначені на основі набутого досвіду.

Для визначення психотипів розроблені напівстандартизовані інтерв'ю, шкала Бортнера, створена за типом семантичного диференціалу, опитувальник Д.Дженкінса.

Розробляються психологічні аспекти первинної (до розвитку ІХС) та вторинної (діагноз ІХС встановлений) профілактики ІХС. При профілактиці ІХС важливо зменшити жорсткість життєвих стереотипів, виробити гнучкішу реакцію на несприятливі обставини при збереженні ціннісної системи. Враховується географічна та соціальна мобільність особи, рівень освіти, рід занять та різні характеристики роботи, соціально-економічний статус, кількість міжособистісних зв'язків та рівень соціальної підтримки, життєві події.

Особливої уваги заслуговують адресні цілеспрямовані заходи. Населенню розсилаються листи — запрошення на обстеження, як правило, тричі, проводяться подворові обходи. Активність цих заходів, зрозуміло, останнім часом значно знизилась. На жаль, з обстеження часто випадають особи з найбільшим ризиком ІХС або її ускладнень. Як правило, це активні працездатні люди. Але навіть серед тих, що прийшли, курс простих профілактичних заходів завершує лише 22 % усіх запрошених.

Діалог “лікар — хворий”

Кількість хворих, що виконують вказівки лікаря, рідко перевищує 50%. 70% хворих, яким показано медикаментозне лікування, взагалі відмовляються від прийому препаратів. Тому вже під час перших візитів так важлива індивідуальна бесіда, суттєвим є рівень емпатійності — взаємного емоційного резонансу лікаря та пацієнта.

Під час бесіди з представниками групи ризику проводиться корекція поведінки з урахуванням їхніх особистісних рис. Зменшується агресивність, пом'якшується установка на досягнення мети за будь-яку ціну та посилюється установка щодо необхідності розслабляватись на

віть за скрутних обставин. Тобто окремі риси психотипу А пом'якшуються і наближаються до рис психотипу Б.

Поступово доводиться, який високий ризик очікує на людину при поведінці, характерній для осіб психотипу А. Пояснюється, що агресивність стосовно оточуючих потребує постійного значного напруження, що виснажує організм. Крім того, власна дратівливість викликає зустрічну агресивність, що ще більше погіршує стан організму.

Вказується на необхідність досягнення мети засобами, адекватними можливостям особистості. Чого вартий результат, якщо ним неможливо скористатися (смерть, тяжке захворювання). Або інші, для кого досягалась мета, неспроможні зрозуміти його значення і шляхи подальшої реалізації. Праця заради праці — не дуже втішно.

Хороший емоційний та фізичний стан забезпечує оптимальний рівень існування, якого неможливо досягти без періодичних чи постійних (в залежності від жорсткості ритму діяльності) розвантажень. Це не обов'язково годинні бесіди з психологом. Можуть бути прогулянка чи прослуховування музичного фрагменту, перегляд улюблених фотографій близьких, приємних ілюстрацій, картин, відчуття в руках різноманітних речей, з якими пов'язані приємні асоціації, розслаблюючий масаж, врешті-решт просто висіння на перекладині на свіжому повітрі, споглядання неба тощо. Саме такі "дрібниці" забезпечують більш-менш тривале розслаблення і зменшують можливість зриву діяльності серцево-судинної системи.

Допомагає аналіз ситуації "очима інших", коли лікар допомагає співрозмовникові побачити себе з точки зору як друзів, так і недоброчинців з поступовим знецінюванням травмуючих елементів "Я-образу". Позитивним виявляється вже зміщення активної домінанти — погляд на себе зі сторони. Внутрішня напруженість зменшується, що приводить до спокійнішого ритму активності.

Чіткіше окреслюються напрямки основної діяльності, відкидається несуттєве, досить часто деструктивне для особистості. Важливий також комічний ефект у сприйнятті самого себе. В нагоді стають числені мультиплікаційні сюжети. Наприклад, пропонується уявити себе у вигляді загнаного коня з вибалушеними очима, що мчить по бруківці, яка з-під копит провалюється у прірву. А поруч зручна хороша дорога, на якій спокійні симпатичні істоти з подивом дивляться на коня. Варіації при цьому найрізноманітніші. Все це дає змогу зменшити надмірний тягар проблем і адекватніше оцінити травмуючу ситуацію.

Дієвість бесіди значно посилюється при врахуванні типів ставлення до кризових життєвих ситуацій. Адже найбільший ризик захворювання мають особи з ігноруючим, демонстративним, перебільшуючим та волонтаристським типами реагування на кризу.

Ігноруючий тип. Лікар: Ви знаєте, що можете серйозно захворіти при такому способі життя? Пацієнт: Так, але я живучий. Що зі мною трапиться? Та я й не відчуваю себе хворим, так, трошки втомленим, і все.

Демонстративний тип. Пацієнт: Звичайно, я серйозно захворію! Таке в мене життя. Хіба можливо щось змінити?! Лікар: Але ж потрібно виконувати рекомендації. Пацієнт: А вони все одно не допоможуть! Рано чи пізно — все одно кінець! До того ж мої діти майже не пам'ятають про мене, коли я здоровий. А так хоч зайвий раз провідають.

Волюнтаристський тип. Лікар: Ви не точно дотримуетесь моїх вказівок. Пацієнт: Я вважаю, треба більше прашувати, треба бігати кожного ранку, треба тримати себе в руках, і все буде гаразд. Ви кажете зняти навантаження. У мене протилежна точка зору.

Перебільшувачий тип. Пацієнт: Якщо судилося, я й так помру — мене ніхто і ніщо не врятує... А можливо заходити на огляд щоденно? Мені так погано сьогодні зранку... І вночі я майже не сплю... Може, знов зробимо кардіограму?

Неадекватне реагування на несприятливі обставини потребує ґрунтовної психологічної допомоги, мета якої полягає у відновленні порушеної тактики виходу з кризових ситуацій або її створенні у випадку повної відсутності. Особливо багато зусиль потребують особи з різними типами деструктивного реагування, що песимістично оцінюють свої можливості, замикаються на собі, ігнорують поради лікаря і впевнені в невідворотності всіх неприємностей, у тому числі захворювання.

При продуктивному реагуванні неприємності долаються з мінімальним напруженням завдяки впевненості у можливості їх подолання. Несприятливі життєві обставини сприймаються як необхідне для досягнення мети тренування. Дуже важливо знайти індивідуальні шляхи допомоги пацієнтові у нелегкому і тривалому переході від деструктивного до продуктивного типу реагування із створенням установки на досягнення стабільного стану.

Мотивація здоров'я

Одна з найважливіших цілей профілактики — створення і посилення мотивації здоров'я. Як свідчить статистика, лише 50% нових випадків ІХС обумовлені відомими соматичними факторами ризику, тобто кожна друга хвора людина могла б і не захворіти! Тому позитивний емоційний фон є дуже важливим фактором запобігання захворюванню. Хороші стосунки в сім'ї, в робочому колективі, задоволення прагнень особистості до незалежності, в тому числі матеріальної — основа здорового способу життя.

Часто причина хвороби і різних непорозумінь криється в самій людині, у її ставленні до світу, до життя, до людей і самої себе. У більшості випадків хворі на ІХС не мають адекватного образу “Я”, особливо “Я”-фізичного. Тіло як компонент особистісної структури не береться до уваги. Розузгодження між “Я”-реальним, “Я”-ідеальним, “Я”-соматичним та “Я”-духовним досить характерно для хворих ІХС і може бути передумовою виникнення подальших емоційних та соматичних порушень.

Для розуміння особливостей накопичення дії різних стресів у процесі розвитку захворювання, що збільшує можливість подолання відчуття безнадійності та безпорадності, хворому можна запропонувати діагностичну шкалу під назвою “Анкета життєвих цінностей”. Важливі як стрес сам по собі, так і реакція на нього. Неможливість реалізації себе за певних життєвих обставин, особливо при високому рівні сприйняття і чутливості, приводить до зміни способу життя і у випадку його непродуктивності — до кризового стану.

У процесі лікування хворий аналізує конструктивні і неконструктивні (самовражаючі) життєві стратегії, що дозволяє активізувати психологічну допомогу, спрямовану на подолання, зменшення негативних симптомів, задоволення прагнення до цілісності, завершеності та створення внутрішнього контексту для інтеграції нового досвіду. При цьому пробуджується мотивація самоактуалізації. Пацієнт у власній уяві, як на кінострічці, проглядає основні події свого життя і вирішує, чи можуть вони викликати таку кризу, за якої не хочеться жити і боротися з хворобою. Допомога полягає в можливості погляду на всі проблеми під іншим кутом зору, іншими очима, що дозволяє хворому знайти в собі сили для боротьби за власне здоров'я і повноцінне майбутнє.

Методи психологічної корекції

Методи індивідуальної та групової терапії базуються на глибокій взаємній довірі лікаря і пацієнта. Це дуже важливо на всіх етапах профілактики та лікування ІХС та особливо на початку лікування, коли хворий вперше дізнається про своє серйозне захворювання.

При повідомленні діагнозу мають неабияке значення індивідуальні особливості людини. У залежності від того, яким чином людина дізналася про свій стан здоров'я, хто і як її інформував, яким вона уявляє собі прогноз розвитку подій, який має досвід попереднього лікування тощо, вона заглиблюється у кризові переживання, шукаючи можливості якомога швидше видужати або складаючи руки у розпачі.

Хворий, як відомо, проходить різні фази в усвідомленні своєї нової якості — шоку, депресії, апатії, пасивного сприйняття зміненої реальності, активної співучасті та боротьби за видужання. Мета різних

форм психологічної підтримки, адекватних кожній фазі переживання, — розробка конструктивної позиції щодо швидкого виходу із кризової ситуації.

Індивідуальна та групова (гештальт, тілесно зорієнтована, психодрама тощо) терапії враховують мотивацію людини, характерологічні особливості, емоційні стани та способи реагування на стресові ситуації. Мають значення і захисні механізми, і локус контролю, і стиль поведінки, що передбачає певні звички (паління, фізичну активність, характер харчування), інформованість, ставлення до питань здоров'я, установку на здоровий спосіб життя.

Для хворих на ІХС пріоритетною є індивідуальна терапія. Особливо важливий метод м'якого психологічного контакту, коли хворого заздалегідь не втискують у певні психотерапевтичні схеми, використовуючи їх комбінацію без заздалегідь продуманого сценарію на основі принципу спонтанності. Цей метод досить ефективний у поєднанні з сімейною терапією.

Найбільш поширені методи, що модифікують поведінку осіб з високим ризиком ІХС та хворих, ІХС, — це вправи з релаксації (прогресивна м'язова релаксація, системна десенситизація), когнітивна поведінкова терапія (когнітивне реструктурування, самоінструкції, когнітивна репетиція), регулярні фізичні вправи, вправи контролю над стресом.

Досить ефективні медитація та візуалізація, коли хворий після попереднього знайомства із станом судин свого серця (рентгенівські знімки) у стані релаксації з заплещеними очима уявно “видаляє” атеросклеротичну бляшку в місці припинення кровотоку. Уявлення може бути не лише анатомічним. Хворий може уявити просвіт судин, бляшку і кров, що протікає через них у вигляді щільностей певного кольору з різним ступенем структурованості. Можуть бути створені символічні образи, які змінюються хворим згідно з позитивною домінантою — установкою на покращення перебігу захворювання і хорошого самопочуття.

При корекції типу поведінки слід враховувати можливість підвищення тривоги, появи спалахів гніву, у чому проявляється відкрите небажання піддаватись зовнішнім впливам. Саме зменшення ваги, просто введення дієтичних обмежень у харчування можуть бути стресовими факторами, оскільки змінюють спосіб життя, впливаючи на не завжди усвідомлений, але вкрай важливий образ власного тіла. Переживання з приводу харчування можуть набирати неочікуваної сили (“краще зразу померти”).

Важливим є й урахування обмежень, що накладає хвороба на інтимне життя хворого. У даному випадку необхідні делікатні

роз'яснення небезпеки надмірності в сексуальній активності і поради з фармакологічного та психологічного захисту статевого акту.

Для виходу з кризи, викликаній захворюванням, знімаються чи послаблюються напруженість і тривога, пов'язані з прогнозуванням власного неповноцінного майбутнього. Спеціальна увага приділяється переосмисленню сенсу життя, появи нових або відкоригованих життєвих перспектив. Суттєвим є навчання техніці аналізу і прогнозу подій, доповнюючих і систематизуючих інформацію, якою володіє пацієнт. Йому надається допомога в розробці нових критеріїв оцінки уваги до людей, що оточують, доброзичливості, компетентності, справедливості, почуття відповідальності тощо.

У психологічній допомозі хворим на ІХС велике значення має арттерапія — лікування мистецтвом. Живопис, скульптура, музичні твори, художня література використовуються для досягнення психологічної стабільності як осіб з групи ризику, так і хворих на ІХС. Можливі різні типи участі в арттерапевтичних заняттях — від пасивного споглядання до створення власних творів.

З метою встановлення контакту лікаря та клієнта, формування атмосфери довіри, зняття напруженості, тривоги використовуються спокійна блакитно-зелена гама кольорів, повільні мелодії (класичні, народні), записи природних звуків (спів птахів, шум моря, лісу, струмка тощо), особливо при неможливості виїзду на природу (гострий період захворювання, матеріальні проблеми тощо). Враховуючи ставлення хворого до власного кризового стану, глибину кризових переживань, психотерапевт індивідуально підбирає різні типи аудіовідеореєстрів з використанням комп'ютерної графіки, а також різноманітні запахи (хвоя, лаванда, полин тощо).

Особливо ефективною є арттерапія при необхідності регуляції функційної системи особистості, коли бажано, не змінюючи елементів системи цінностей, змінити їхню відносну вагу.

Приклад 1. Хворий Б., 38 р. Психотип А. Працює в умовах постійних інтенсивних емоційних перевантажень. Має функціональні розлади діяльності серцево-судинної системи, часті напади серцебиття, що супроводжуються пітливістю та страхом смерті. У хворого сформувалася стійка зневіра у традиційні методи лікування, оскільки протягом однієї року тричі проходив курси стаціонарного лікування в кардіологічному відділенні, постійно амбулаторно лікувався у психотерапевта, але покращення стану було незначним і короткочасним.

Використано поєднання методів психологічного розвантаження (арттерапія), лікувальної фізкультури та розслабляючого масажу. Під контролем тиску та частоти серцевих скорочень підібрані оптимальні музичні ряди — фрагменти класичних творів, народних пісень, природних шумів (морський прибіб, спів косаток, струмок). З урахуванням

домінант сприйняття кольорової гами призначена схема споглядання творів живопису (пасивна артотерапія). Визначений щоденний та щонедільний теренкур. Розроблена індивідуальна дієта.

Після двотижневого курсу лікування були відмінені медичні препарати, консультації у психотерапевта. Стан хворого значно покращився — припинилося серцебиття, зник страх смерті. Для амбулаторного етапу подальшої стабілізації стану без відриву від роботи створений графік індивідуальних підтримуючих психологічних бесід.

Приклад 2. Хворий К., 42 р. Психотип Б. Одружений, двоє дітей. Скарги на неприємні відчуття в грудях при стресових ситуаціях, слабкість, в'ялість, порушення сну, зниження потенції. Конфліктна ситуація в сім'ї. Функціональні розлади діяльності серцево-судинної системи. Проведені індивідуальні та групові бесіди з дружиною, дітьми з залученням дитячого психолога. Призначена пластична гімнастика з елементами танцю під індивідуально підібрані музичні фрагменти. Визначена оптимальна схема аплікацій ефірних масел (лаванда, цитварний полин). Після курсу лікування стан хороший. Скарги відсутні.

У профілактиці та лікуванні ІХС велике значення мають як природні, так і соціокультурні фактори. Артотерапія з її глибинною дією особливо суттєво впливає на людину в період реабілітації. Відновлення функцій організму після перенесеного інфаркту міокарда нероздільне з психологічною реабілітацією, відновленням втраченої якості життя. Актуалізуються безпосередні, чуттєві форми поведінки хворого, пробуджується його творчий потенціал, що сприяє поступовому виведенню його з кризового через посткризовий період до відносно гармонійного самопочуття (фізичного та психологічного). Використовуються різні техніки екзистенціальної психотерапії та онтологічно-орієнтованого впливу.

Приклад 3. Хворий Н., 57 р. Психотип А. Двічі переніс обширний інфаркт міокарда. Суттєве враження серця та судин. Високий вміст холестерину в крові. Підвищений артеріальний тиск. Скарги на постійний біль у серці, задуху. Хворий вважає, що його життя втратило всякий сенс, він стає дедалі безпораднішим і нікому не потрібним.

Проведені детальний аналіз всіх психотравмуючих ситуацій, індивідуальні та групові бесіди з членами сім'ї та робочого колективу хворого. Використані методи медитації, візуалізації хвороби та живописного нівелювання її проявів шляхом самоактуалізації в малюнках (активна артотерапія). Освоєні елементи пластичної гімнастики, відроджені хворим у скульптурних моделях. Створена продуктивна підтримуюча концепція самостабілізації. Посилені установки жорсткого режиму прийому препаратів. Стан хворого покращився. Досягнута психологічна стабілізація. Значно зменшилися болі в серці, задухка, що дозволило зменшити дози призначених препаратів.

Для закріплення лікувального ефекту і підтримання його на належному рівні при ІХС має значення постійне циклічне психологічне консультування, індивідуальна психотерапія, соціально-психологічне консультування, соціально- та індивідуально- психологічний тренінги тощо. Дуже важливо поступово створювати при спеціалізованих кардіологічних стаціонарах служби психологічної підтримки та допомоги, яких сьогодні в Україні ще немає.

Практичний досвід свідчить, що особи з високим ризиком ІХС та хворі на ІХС потребують психологічної допомоги, тип якої визначається їх індивідуальними особливостями. Особливо важливою є консультативна робота з оточенням хворого на ІХС (друзі, сім'я, колеги по роботі), мета якої полягає у тривалій опосередкованій психологічній підтримці. Активізація суб'єктного потенціалу хворого на ІХС — необхідна умова розвитку впевненості у собі та забезпечення психологічної стабільності в повсякденному житті.

9. УРАЖЕННЯ ВІЛ/СНІД: ПОЧАТОК ЖИТТЄВОЇ КРИЗИ ЧИ ЇЇ РЕЗУЛЬТАТ

“Щоб жити, нам потрібні віра, надія, любов
та мудрість”

К.Г.Юнг

Історичний аспект

На початку 80-х років несподівана поява ВІЛ-інфекції змусила спантеличене людство ревізувати сталі погляди та переконання, реалізувати довічні гуманістичні цінності і, вже в котре, болісно замислитись над екзистенціальними питаннями сенсу життя та смерті. Саме це звище змусило нас відверто поглянути одне одному у вічі і врешті побачити і почути тих, хто є, може, такими “відмінними” від нас. ВІЛ зобов'язав перевіряє нас всіх на стійкість, людяність, зваженість та мудрість. І ще на відповідальність. Відповідальність щодо власного життя, життя тих, хто поруч, хто поділяє з нами у безмежжі простору та часу цей проміжок буття. Відповідальність щодо життя тих, хто прийде після нас.

ВІЛ-інфекція унікальне явище в історії людства. Навіть приклад епідемії сифілісу у середньовічній Європі не є коректним порівнянням щодо нього, не кажучи вже про епідемії чуми, які хоч і залишили страшні спогади у численних історичних хроніках і мистецьких творах, проте ніколи не уносили життя абсолютно всіх уражених людей. Ті епідемії були жахливі, спустошливі, але все ж лишали по собі не тільки мертвих, але і живих. Трагізм пандемії ВІЛ-інфекції сьогодні

полягає саме у тому, що вона практично не дає шансів своїм жертвам — вмирають усі, незалежно від якості допомоги та умов життя. Якщо оцінювати цей процес у категоріях часу, то мова йде лише про термін виживання від моменту інфікування і до трагічного фіналу. Він може бути більш чи менш тривалим, але все одно навряд чи перебільшить 10 — 15 років (принаймні, досі все відбувається саме так). Зовсім інакше виглядає така сама ситуація, розглянута у категорії якості життя.

Втрата ілюзій

Після перших “шокових” років епідемії ВІЛ, сповнених панікою та міфів, прийшло усвідомлення того, що що не знану досі смертельну хворобу небезпідставно можна вважати “захворюванням хибної поведінки”. “Хибної” як з точки зору загальноприйнятої моралі та абсолютної більшості релігійних течій, так (ось де замкнулося коло!) і з точки зору епідеміології. Безладне статеве життя, вживання наркотичних речовин безкомпромісно засуджуються першими як гріх, і визнаються основними шляхами розповсюдження ВІЛ-інфекції другим. Що ж до “медичного” шляху зараження, то хіба не питанням моралі є безвідповідальна поведінка фахівця охорони здоров'я, який порушує свій професійний та етичний кодекс? Незалежно від того, чи він переливає неперевірену, заражену ВІЛ кров, чи порушує таємницю діагнозу.

На певний час поняття СНІД та аморальність практично стали синонімами. Водночас у мільйонів пересічних громадян планети виникла певна ілюзія щодо того, нібито СНІД є виключно хворобою “збоченців”, наркоманів та проститутток. І тому їм, “чесним і порядним”, він ніяким чином не загрожує. Проте, саме життя досить швидко допомогло позбутися приємної омани: виявилось, що ВІЛ не робить винятку нікому.

Хіба не доречно в зв'язку з цим згадати чудову біблійну притчу про Марію Магдалину. З сучасної точки зору — жінки “хибної”, ризикованої поведінки, типової “робітниці секс-бізнесу”, тобто потенційного “джерела” ВІЛ-інфекції. Хіба не Син Божий, святий і чистий, сказав: “Звертаючись до натовпу:” Хто є без гріха, нехай перший кине у неї камінь”. Що було далі, пам'ятають, мабуть, усі: побиття камінням відбулося, бо кожний з натовпу згадав про свій власний гріх.

Можна побити людину камінням, можна ним навіть вбити її, та хіба від цього поменшає гріхів у тих, хто його жбурляє?

СНІД як поліфеномен

Поява ВІЛ-інфекції голосно заявила про початок нової ери в історії людства — ери СНІДу. розпачу, безнадії, втрати особистих та суспільних ілюзій... так виголосив себе новий, не знаний досі феномен.

Все починалося досить “безневинно” і майже за традиційним сценарієм, притаманним розвиткові будь-якого інфекційного захворювання. Людство і гадки не мало, чим все це обернеться за якихось 2 — 3 роки. Нова інфекційна хвороба насправді виявилася “поліфеноменом”, який безпосередньо або “опосередковано” впливає на абсолютно всі аспекти людського буття як в особистісній, так і в соціальній їх багатозначності. Врешті, можливо, цей поліфеномен визначить і майбутнє людства, “перекроївши” на свій розсуд багато чого... Він вже змінив демографічний склад багатьох країн світу, порушивши сталі співвідношення на карті народонаселення Землі. Все це дало підстави деяким авторам “дemonізувати” вірус, приписуючи цьому біологічному утворенню демонічні риси, а іншим назвати його “Божою карою”.

Визначилася своя феноменологія, з’явився “субфеномен” СНІДової культури (!) з відповідною атрибутикою та ритуалами, виникли певні етичні норми, правила спілкування, відповідна лексика. З’явилися кіно та відеофільми, поезія, публіцистична та художня проза, твори епістолярного і мемуарного жанрів, театральні спектаклі на тему СНІДу. Вже не перший рік значна частина людства відзначає дні, пов’язані с феноменом ВІЛ та пам’яттю про його жертви.

Безперечним є те, що діагноз ВІЛ-інфекції або СНІДу має значні психологічні, соціальні, медичні та юридичні наслідки для особистості. Кожен з них має неабияке значення для сімейного життя та соціальних стосунків, працевлаштування, освіти, духовних потреб, юридичного статусу та, навіть, громадянських прав особи, ураженої ВІЛ. Пристосування до “життя з вірусом” включає необхідність постійного опанування стресу та адаптацію до нового стану. Це є динамічний, еволюціонуючий і довічний процес, який висуває нові вимоги як до ВІЛ-позитивної людини (вимоги, що змінюються залежно від обставин життя кожної конкретної особи і є як типовими, так і непередачуваними), так і до родини, мікросоціуму та суспільства в цілому.

Одна з незмінних істин ВІЛ-інфекції полягає у тому, що людина дізнається про свою позитивність один раз і назавжди. І з цієї миті, на зле або на добре (буває і так!), її життя змінюється. Повідомлення про наявність вірусу часто стає для людини причиною для відчуття неоправної втрати. Вона зосереджується на думці, що вже не є хазяїном свого життя, бо ним “керує” вірус, і відтепер вона багато у чому залежить від нього, інших людей і обставин: лікарів, іноді — родичів,

фізичних проявів хвороби та багатьох обмежень. Втрати, численні втрати... Врешті, відчуття втрати свободи.

Значна частина ВІЛ-позитивних людей має певні обмеження (або вважає, що має такі) у тому, що вони можуть робити, і у тому, як зміни вони можуть відтворити у своєму житті. Незалежно від того, чи справді такі обмеження є, чи вони виявні, їх треба прийняти до уваги та розглянути у процесі надання психологічної допомоги. Протягом розвитку ВІЛ-інфекції людина потерпає від широкого спектру психологічних і фізичних проблем, які має долати. Вони не є постійними та сенсативними, але прогресивно стають все більш серйозними і важкими для управління. Мінлива природа цих проблем та потреб породжує розмаїття емоційних станів як у ВІЛ-позитивної особи, так і у її близького оточення. Ці “напруження” можуть викликати у людини, яка живе з ВІЛ-інфекцією, відчуття того, що вона втрачає свою особистість, незалежність, інтимний простір, соціальний статус. Вони також провокують появу почуттів провини, гніву та страху — самотності, безпомічності та смерті.

Біологічний фактор є виключно важливою детермінантою у формуванні світогляду, проте він інколи схильний до “поганого жартів”: народження в образі чоловіка або жінки, але усвідомлення себе особою протилежної статі; відчуття себе жінкою або чоловіком відповідно до біологічної статі, проте — сексуальний потяг гомо- або бісексуального спрямування; врешті — наявність ВІЛ у крові. Сам факт захворювання як такий впливає на зміну світосприйняття, а гомосексуальність спрацьовує як додатковий стресогенний фактор.

Багато стресів, що їх відчувають ВІЛ-позитивні люди, мають у своїй основі тривогу щодо економічної незалежності та сімейних обов'язків. Саме життя як таке, опанування драматичною ситуацією інфікування та “боротьба з ВІЛ” викликають прямі або непрямі фінансові витрати, що само по собі може бути надзвичайно стресогенним, якщо економічна спроможність людини критично знижена під впливом ВІЛ-інфекції.

У людини виникає гостре відчуття катастрофічної втрати контролю над власним життям, що завдає їй безмежного болю та смутку. Люди, інфіковані ВІЛ, і особливо, хворі на СНІД ні на хвилину не забувають про те, що вони, ймовірно, приречені. “Ви відкриваєте газету чи вмикаєте телевізор — і будь-яка згадка про СНІД — це для Вас нагадування про те, що в очах суспільства Ви вже мрець” (з дипломної роботи магістра соціальної роботи Т.Бондарчук, 1997, с.17). Факт інфікування ВІЛ — це перш за все стигма (тавро), відчай, шалене відчуття невпевненості, страху, безсилля та подиху передчасної смерті. ВІЛ-інфекція призводить до розвитку СНІДу — синдрому набутого імунного дефіциту, вилікувати який досі не вдавалось нікому. Людину,

в крові якої знайдені ознаки присутності ВІЛ, називають ВІЛ-позитивною, або такою, яка живе з ВІЛ (а з часом — зі СНІДом).

Багато хто з ВІЛ-позитивних людей різноманітно “карає” себе за те, що припустився зараження. Такий варіант “покарання” та ненависті до самого себе є надзвичайно деструктивним і практично небезпечним з погляду на майбутнє та щодо прогнозу захворювання, гострота та швидкоплинність якого безпосередньо залежать від психологічної настанови хворого.

Людина “ізолює” себе у переживанні страшної провини за своє інфікування і усвідомлює (може, вперше в житті) неминучість смерті. Передчасної смерті! Думка про близький кінець заповнює мозок, стає нав’язливою та енергетично виснажує людину. Життєва перспектива відсутня. Перефразуючи назву хвороби (синдром набутого імунodefіциту) можна сказати, що СНІД, на думку багатьох ВІЛ-позитивних людей, — це синдром відсутності перспективи.

У дипломній роботі магістра соціальної роботи НАУКМА Т. Бондарчук наведені слова ВІЛ-позитивного молодого чоловіка: “Життя з ВІЛ — це життя звичайної людини плюс проблеми, пов’язані зі спілкуванням, вибором сім’ї і, особливо, психологічні проблеми. Коли людина тільки дізнається про діагноз, то враження, що це не з тобою, що дивишся фільм чи сон. Так продовжується півроку. Звужується коло знайомих, втрачаєш зв’язки з оточуючими, не хвилюють проблеми звичайних людей. Відчуваєш безвихідь. Тим більше, що загальноприйнятий діагноз — невиліковний”.

Довідавшись про свою ВІЛ-позитивність, деякі люди реагують неприйняттям цієї реальності. Дехто, особливо за умов доброго самопочуття, “відмовляється” погодитись з фактом зараження і тим, що є можливість завдати шкоди собі та іншим. Але “погляд на якийсь предмет не створює ще самого цього предмета, так само, як і погляд у протилежний бік не призводить до його зникнення. Аналогічно цьому витиснення скорботи, що наринала, не позбавляє нас від того, що змусило нас так тужити” (Франкл В., 1990, с.226).

Психогенні реакції

Основні психогенні реакції, які спостерігаються у період після повідомлення про діагноз, це: страх (страх смерті; страх смерті в муках та на самоті; страх заразити близьких); тривога (щодо прогнозу захворювання; імовірності розголошення діагнозу; реакції та можливо-го відторгнення з боку оточуючих; неспроможності клієнта змінити обставини та наслідки ВІЛ-інфекції; наявності та доступності належного лікування; необхідності “давати звіт” про своє інтимне життя та обмеження у ньому; можливої руйнації наявної та неможливості створен-

ня нової сім'ї; можливості народження хворих дітей); відчуття втрати (надій та планів на майбутнє; стану в суспільстві; фінансової стабільності та незалежності; фізичної привабливості); журба від тих втрат, які вже були, і тих, які очікуються; почуття провини щодо людей, які могли бути ним (нею) заражені: "Неможливо зовсім знищити почуття провини, та і не слід це робити. Часто це почуття є зворотною стороною духовної основи в людині і як таке може бути здоровим і конструктивним (Mei P., 1994, с.31); докори сумління щодо поведінки, яка призвела до зараження ВІЛ: "... Сенс, який мають для людини такі переживання, як туга та каяття,... з чисто практичної точки зору виглядають такими безглуздими, що не мають сенсу. З точки зору "здорового глузду" тужити про щось, незворотно втрачене безглуздо, те ж стосується і вчинку, який не можна виправити. Але для внутрішнього життя людини і скорбота, і каяття сповнені глибокого сенсу" (Франкл В., 1990, с.224); роздратованість: формується комплекс "скривдженого невдахи", до якого всі погано або не уважно ставляться; агресивність — спрямована на ймовірне "джерело зараження", неінфікованих людей, лікаря; суїцидальні думки та дії — самогубство розцінюється як засіб уникнути болю, нездужання, численних проблем та ганьби.

Роздуми про смерть яка загрожує, і на яку чекають щодня, у поєднанні з самотністю можуть викликати інтерес до духовних питань та намагання знайти опору в релігії або певній духовній практиці.

Спектр переживань та проблем здається невичерпним. Потраплення, викликане повідомленням про діагноз невиліковного захворювання, неспроможність змінити об'єктивні обставини і, відтак — фрустрація, відчай або навіть озлобленість. Втрата енергії у зв'язку з погіршенням стану здоров'я. Тривога щодо стосунків із іншими людьми, яка призводить до відгороженості та втрати підтримки. Погіршення психічного здоров'я як наслідок тривожності, депресії, нав'язливих думок, та можливе порушення інтелекту... Втрата лібідо та потенції. Страх заразити інших, зокрема шлюбного партнера або коханого, а також страх заразитися чимось від них, що вкрай небезпечно для ВІЛ-позитивної людини. Стурбованість щодо реакції сексуального партнера на звістку про своє зараження та перспектив подальших стосунків з ним. Страх бути кинутим напризволяще і вмерти на самоті. Страх померти в муках та в поганих умовах. Руйнація соціальних, побутових і професійних зв'язків.

Багато хто з ВІЛ-позитивних людей свідомо обмежує коло своїх друзів або навіть зовсім відмовляється від спілкування з "людьми, які залишились у минулому житті" (зі слів нашої пацієнтки, ВІЛ-позитивної жінки Т., 25 р.). Деяко підтримує приятельські стосунки тільки з такими ж ВІЛ-позитивними, небезпідставно побоюючись, що

“здорові” не приймуть інфікованого у своє коло. Людина відчуває ушербність, неповноцінність: “... Мені здавалось, що вже ніхто ніколи мене не полюбить. Навіть не схоче доторкнутися до мене. Я відчувала себе прокаженою” (з бесіди з нашою пацієнткою, М., 24р.)

Проте тисячі ВІЛ-інфікованих людей в усьому світі, незалежно від етнічної та релігійної належності, віку, статі, економічного стану та рівня освіти, проживши цю ситуацію, власним життям доводять, що є дещо сильніше за смерть. Це --- сенс (у найширшому розумінні), творчість, віра, надія та любов. А також— мудрість, яку набувають у “творчій майстерні” особистісної життєвої кризи.

Згадаймо В.Франкла. “Страждання та горе є частиною життя. Як доля та смерть. Жодне з них не можна вирвати з життя, не зруйнувавши його сенсу. Відняти від життя горе, смерть, долю та страждання — це відняти властиві йому форму та зміст. Бо лише під ударами молоту долі, у горнилі страждань набуває життя свої зміст та форму.” (Франкл В. 1990, с.89)

У кризовий період перед ВІЛ-позитивною людиною невблаганно постає нове життєве завдання — пошук іншого, часом несподівано нового, сенсу власного буття, від результатів якого прямо залежать і його якість, і його тривалість. Саме життя ставить перед ВІЛ-позитивною людиною питання про сенс, мету, перспективу на даний конкретний момент та на майбутнє.

Можливо, ці питання, в усій їх невблаганності, вперше постають перед людиною! Вперше вона відчуває нагальну необхідність відшукати відповідь на них. Втрата мети та сенсу — це духовна, а потім і фізична смерть. Без віри у сенс життя, у своє призначення, ВІЛ-позитивна людина паралізована. У неї відсутнє відчуття життєвої перспективи.

“Навіть самогубець вірить у сенс — якщо не життя, то смерті. В іншому випадку він не міг би і пальцем поворухнути для того, щоб реалізувати свій задум” (Франкл В., 1990, с.10). Сенс зараження може стати рушійною силою особистісних трансформацій ВІЛ-позитивної особи. Людині, яка живе з ВІЛ-інфекцією /СНІДом, самим її життям задано унікальну можливість — пізнати та скористатися всією галітрою особистісних цінностей. Саме завдяки можливості реалізувати всі ціннісні категорії вона може знайти сенс свого буття. В.Франкл пише: “Здійснюючи сенс свого життя, людина здійснює цим змім сама себе” (1990, с.14).

Дуже важко повернути собі втрачене. І головне, чи потрібно? А може варто створити щось нове? Новий світ, новий життєвий сценарій, набути нових навичок, визначити нові смисли і цілі, опанувати нову індивідуальну дійсність, спробувати суміститись із новим станом. Збубуваючись болісного відчуття невідворотності і втрати?

Бездня відчаю та велич духу

“Звичайно, довготривала хвороба, навіть і без болю, виснажує душу. Хворий відмовляється від боротьби і поринає у відчай, жалюючи себе. Проте і тут дехто зберігає ясність духу та пам'ять про інших. Це буває не часто, але завжди безмежно зворушує. “... Але і постійний душевний біль дехто зносить героїчно. Він стимулює їх творчість, а характер зміцнює так, що він стає насправді сталевим” (*Льюис К.*, 1992, с.184).

Читаємо у Гете: “Ніким згори не сказано, що вчинки людини або її страждання не можуть її облагородити.”

На початку 90-х років молодий ВІЛ-позитивний американець Джон Штеклер, який, на жаль, сьогодні вже пішов з життя, сказав авторові: “*Моя хвороба (СНІД) — це інструмент, який дозволив мені розвиватися.* Це не означає, що це те, що я обрав би сам, але це те, що в мене є”. Потім додав: “Можливо, я б ніколи не відчув і не усвідомив тієї безмежної любові до мене з боку рідних та друзів, якби не СНІД.”

Джон Штеклер у 1990 році дізнався, що хворий на СНІД. На той час він уже шість років працював із смертельно хворими людьми у центрі “Attitudinal Healing”, США, Каліфорнія, м.Тубірон, а перед тим десять років був медбратом у лікарні.

Як це не парадоксально, нібито сама доля через випробування інфікуванням практично надає ураженій людині можливість особистісного росту, поштовх до перегляду сценарію життя, шанс на позитивну особистісну трансформацію. Але чи схоче та зможе ВІЛ-позитивна людина цим скористатися? Це запитання без певної відповіді. Принаймні, безперечно одне: поряд з багатьма можливими індивідуально зумовленими передумовами “якість” людського оточення грає тут не останню роль.

Кризова ситуація, як це не дивно, може благотворно впливати як на ВІЛ-позитивну людину, так і на її рідних та друзів. За відомим висловом Геббеля: — “Життя — ніщо, це лише можливість здійснювати щось. Є ситуації, коли людина може виконати свою життєву задачу тільки шляхом істинних страждань — тільки так і ніяк інакше”.

Дійсно, саме ясне усвідомлення того, що на “взаємобуття” із близькою, але смертельно хворою людиною відведений досить обмежений проміжок часу, ніби відкриває перед тим зачинені душевні шлюзи для вільного витоку розуміння, відвертості, прийняття та любові. Ця кризова ситуація надає можливість близьким та друзям смертельно хворої людини проявити найкращі, найвищі у духовному розумінні особистісні якості. Вона сприяє, таким чином, і їх особистісному зростанню, добуваючи з може досі не знаних, потаємних для самого їх володаря

глибин душі, ніколи не запитані, приховані ресурси та якості, даючи йому змогу проявити те найсвітліше, мудре і шляхетне, чим обдарував його Творець.

Термінальна ситуація ніби запрошує всіх, причетних до неї, гостро відчувати кожну мить буття в усій його дивовижній неповторності. Насолоджуватись земним життям як процесом, беручи у ньому безпосередню участь. З подивом і захватом спостерігати за ним, дякуючи за те, що ти — учасник та свідок цього незабгненного дійства.

“Саме тому, що ми відчуваємося безсмертними, ми дозволяємо собі марнотратство свого єдиного часу, короткого і неповторного. Свідомий смертний є воїном, який створює з кожної дії виклик. Виклик — насолода самою серцевиною життя у кожний момент. Виклик — жити так гідно і бездоганно даним моментом, як дозволяє йому його сила. Смертний насолоджується, вкушає цінність кожного наданого йому моменту, тому що знає з усією визначеністю, що смерть слідкує за ним, і що його побачення з нею неминуче і не залишає місця сумнівам. Тому що смерть може торкнутися його у будь-який момент, воїн завжди готовий йти до неї і розглядає кожну свою дію як “свою останню дію на землі” (Санчес В., 1995, с. 165).

“Насправді, людині наших днів навряд чи є доступним знання того, що є у вічності, яка кличе та поглинає час, як море — хвилю, що біжить; проте, доступ до вічного буття привідчинений і для неї — у насиченім вічністю змісті кожної миттєвості, що її переживає людина, у всій повноті буття”, — писав М. Бубер (1993, с.138).

СНІД як мотиватор особистісних позитивних змін.

Для людини, яка слабує на невиліковне захворювання, чиє життя затьмарене стигмою та осудом, вкрай важливо відчувати, що для близьких людей вона така ж сама, якою була завжди (тобто до інфікування), що вона гідна любові (навіть якщо не може виконувати в житті звичну для неї роль), що вона має не меншу вартість, ніж будь-яка інша людська істота.

Термінальна ситуація вимагає від ВІЛ-позитивної людини іноді докорінного перегляду “сценарію” власного життя. Відтепер воно поділяється на дві частини: до і після знання про діагноз.

Спосіб проживання ситуації кризи та вихід із неї, швидкість і якість адаптації, пошук та віднайдення нових смислів прямо залежать від розвинутості особистісних структур людини, її інтелекту, від способу світосприйняття, ступеня відповідальності, можливості відбудувати трансформовану картину світу і визначитись щодо свого нового місця і нової ролі у ньому.

Інтеграція творчого продукту підсвідомого та свідомості, свідоме формулювання нових смислів і цілей, відчуття “внутрішньої правди”, спокій та гармонія всередині та ненапружена взаємодія зі світом “здорових та благополучних” — ось запорука психологічного благополуччя ВІЛ-позитивної людини.

В.Франкл наводить приклад з життя надзвичайно талановитої молодої людини, хворої на невиліковне захворювання. Цей чоловік каже: “Я дізнався про свій смертний вирок, який був абсолютно очевидним зі слів лікаря... Який же це дар долі, — свідомо йти до своєї смерті. У мене є цей останній шанс перевірити силу свого духу, який бореться, тільки це боротьба, кінець якої вирішений з самого початку”. І далі: “Захворювання та наближення смерті можуть виявити стільки здібностей у людині, яка до цієї пори “спалювала” своє життя у “метафізичній легковажності” (Шелер), зовсім не займаючись розвитком своїх здібностей” (Франкл В., 1990, с. 230).

І серед наших пацієнтів є декілька таких, хто, опинившись “обличчям до обличчя” зі своєю власною смертю, несподівано для себе кардинально змінили своє звичайне буття. Навіть покращили та збагатили його: покинули роботу, яку насправді не любили, абсолютно змінили стиль життя та відмовились від деяких специфічних звичок: вживання надмірних доз алкоголю, безладного сексу, паління або наркотиків. Їхній життєвий світ несподівано розширився: вони вперше побачили ті аспекти буття та по-справжньому близьких людських стосунків, яких раніше не помічали або ігнорували як несуттєві та не варті уваги. Саме їхній приклад ілюструє, що “СНІД може бути великим мотиватором”.

Проблемне поле

Пристосування до існування з ВІЛ-інфекцією передбачає постійну боротьбу ураженої людини з психотравмуючими ситуаціями, найгострішою з яких є безпосередня загроза її життю. Додатково обтяжуючим стресогенним фактором при ВІЛ-інфекції є упереджено негативне ставлення до людей, уражених нею, та до хворих на СНІД як до людей аморальної та асоціальної поведінки, тому що “вони цілком заслуговують того, що з ними сталося, і не варті співчуття або допомоги, до того ж є небезпечними для оточення”. Типовою психологічно зумовленою реакцією з боку суспільства є відторгнення особи, ураженої ВІЛ, і навіть не тільки її особисто, але і її близьких. Це, в свою чергу, сприяє подальшому розвитку та поглибленню нервово-психічних розладів у ВІЛ-позитивної людини. Навіть за сприятливих для неї обставин — конфіденційності щодо діагнозу захворювання, доброзичливості медичного персоналу, можливості звертатись до професійного консультанта

психолога, співчуття та підтримки рідних та друзів — стан тривожного очікування подальших, безперечно сумних, подій, тяжке відчуття невизначеності існування ніколи не полишають її. Побоювання щодо перебігу хвороби, появи нових симптомів, приєднання супутніх захворювань, які додатково послаблюють її психологічно і фізично, викликає страх та депресію. Відсутність ліків для повного одужання, відчуття себе джерелом небезпеки для інших людей надають додаткові підстави для поглиблення депресивного стану. Не менш актуальною проблемою, яка посилює стресову ситуацію, є проблема сексуального життя, а саме необхідність внести в нього певні (а іноді докорінні) зміни, обумовлені особливостями розповсюдження захворювання.

Атрибуція відповідальності та особливості психологічних реакцій

Оскільки ураження ВІЛ є надзвичайним психосоціальним стресом для людини, воно зумовлює відповідні психологічні реакції — емоційний шок, ступор, збентеження, страх, агресію, горе і відчай. Досить типовим є своєрідний перехід від стану оглушеності, ступору з відчуттям ірреальності того, що сталося, до стану протесту та відчаю, з якого людина поступово переходить у стан надії, який з часом змінюється примиренням. В. Франкл пише: "Можна було б сказати, що якщо ми навіть терпимо щось, ми вже здійснюємо дію, нехай навіть таку, яку лише маємо на увазі. Але це відбувається лише тоді, коли це терпіння виправдане, тобто якщо сама доля ставить людину в умови, коли вона змушена терпіти, бо ані змінити своє положення, ані взагалі уникнути його вона не в змозі. Тільки "виправдане" терпіння є моральним досягненням. Тільки таке неминуче страждання несе у собі сенс" (Франкл В, 1990, с. 145).

Для ВІЛ — позитивних із суб'єктивним зовнішнім локусом контролю характерні концентрація думок навколо негативних аспектів свого стану і тенденція до покладення відповідальності за це на інших — суспільство, лікарів, медперсонал, або навіть на долю чи Бога. З розвитком хвороби підвищується егоцентрична фіксація на собі і інколи — на групових інтересах ВІЛ-позитивних. Багатьом властиве скорочення часової перспективи до найближчого майбутнього ("коли повернуся додому", "коли отримаю групу інвалідності"), що, очевидно, є формою психологічного захисту від думок про смерть. Таке зміщення уваги на події теперішнього часу і найближчого майбутнього сприяє зниженню тривоги щодо невизначених у часі, але безумовно неприємних перспектив.

Досить яскраво виявляється орієнтація на створення у співрозмовника позитивного образу себе. Деякі із ВІЛ-інфікованих де-

монструють інтерес до гуманістичних цінностей релігії, докладно розповідають про те, які вони “хороші люди” і як погано повівся з ними у минулому хтось із близьких (один чи обидва з батьків, чоловік або жінка). Кожен заявляє у бесіді про наявність у нього соціально привабливих рис (любові до дітей і бажання їм матеріально допомагати, любові до родичів, товариськості тощо). Те, що позитивний “образ себе”, який змальовують ВІЛ-позитивні даної категорії, часом не співпадає з їх реальною поведінкою (пияцтво; конфлікти з медперсоналом; нехтування вихованням своїх дітей; численні, безладні та незахищені статеві контакти, небезпечні щодо інфікування партнерів; вживання наркотичних речовин), свідчить про намагання зберегти високу самооцінку і позитивний “Я”-образ, що, можливо, пов’язано з негативною соціальною ситуацією навколо захворювання. Для жінок особливо важливе ствердження того, що “хоча вони ВІЛ-інфіковані, вони — “порядні жінки”. “Боротьба” за позитивний “Я”-образ властива переважній більшості ВІЛ-позитивних і має враховуватись у психокорекційній роботі.

Мотив збереження життя актуалізується переважно лише в періоди погіршення фізичного стану. Зі збільшенням тривалості хвороби та спілкування з іншими ВІЛ-позитивними, у переважної більшості з них посилюються стійкі ретрові настанови.

Надзвичайно складний психологічний стан, що поглиблюється з погіршенням фізичного самопочуття, спостерігається у ВІЛ-позитивних людей, які не мають власної сім’ї, або яких ігнорують (чи від яких відмовились члени родини). За даними Т.Бондарчук, багато хто з обстежених нею ВІЛ-позитивних вже в дитинстві та юнацтві не були навчені в батьківській сім’ї говорити про свої почуття, страхи, сумніви, радощі. У багатьох із них “центр тяжіння” ідентифікації знаходиться у сфері “тіло відчуття.” Що ж до стосунків між батьками, то часто дитині не вистачало прикладу, який вона могла б наслідувати. Вірність у партнерських стосунках траплялася в цих сім’ях дуже рідко. Контакти з близькими людьми теж часто були нетривалими. Близьких контактів уникали.

Для преморбідного фону людей даної групи характерні: досить невиразне, непевне уявлення про добро і зло, про моральність, відповідальність; деструктивна настанова щодо себе та оточуючих; відповідна поведінка; суб’єктивно викривлена картина світу. Такі люди не в змозі взяти на себе відповідальність за авторство свого життя і переважно не мають власної сім’ї, розлучені, або такі, від кого родина відмовилась. Саме в таких випадках виникає ситуація, коли ВІЛ-інфекція є не тільки катастрофою власного життя ВІЛ-позитивної людини, але і катастрофою її оточення. ВІЛ-позитивна людина психологічно травмована, але в той же час озброєна (у неї є власна зброя — її ВІЛ!). Люди з ВІЛ/СНІДом надзвичайно чутливі до ставлення сім’ї

Наявність люблячої родини передбачає підтримку, затишок, комфорт, взаєморозуміння її членів. Це створює особливий мікросвіт, якого прагне більшість людей протягом майже всього свого життя. Звичайно, якщо цей мікроклімат порушений — виникають психологічні проблеми, недостатня адаптація людини в соціумі. Наприклад, хлопець 23-х років, який вже два роки знає про діагноз, не має з ким розділити свої переживання — батькам не хоче казати, щоб “не вкорочувати строк їх життя”, а друзів практично не має.

Сьогодні в Україні 90% тих, хто є ВІЛ-позитивними, — це дуже молоді наркозалежні люди. Епідемія наркоманії серед української юні — це окрема болюча тема. Спілкування з людьми 14-20 років, залежними від ін'єкційних наркотичних речовин, дозволяє з безмежним сумом пересвідчитись у тому, як відсутність мети та смислу трагічно відбивається на долі цілого покоління.

Молодий ВІЛ-позитивний чоловік каже: “Зараз вже не колюся. Коли йде “ломка” — нічого не хочеш. Лише вколотися. Якби сказали, що це шприц від позитивного, для мене це не мало б значення”. Інша пацієнтка додає: “Наркотики вживаю вже 6 років. В наркоманії головне — комунікація. Схема така — вранці шукаєш баригу, потім кубу, хату, потім вену. Це ж класно! Прокидаєшся вранці і знаєш, що тобі робити цілий день. З'являється зміст життя. Деякий час лікувалася від наркотичної залежності. Були випадки, коли кров йшла вухами” (з дипломної роботи Т.Бондарчук, 1997, с.79).

Люди з ВІЛ/СНІДом, які не вживають наркотиків, називають наркозалежних “кінченими”. Останні викликають своєю поведінкою зневагу, а то і ненависть медичного персоналу. Пацієнт клініки СНІДу каже: “Я не коловся, тому що присвятив себе повністю спорту. Я — дворазовий чемпіон міста з кікбоксингу. І наркоманів не виношу фізично. У мене телевізор вкрали наркомани, поки не було ґрат, навіть матраси повиносили. Зараз у відділі для ВІЛ-інфікованих вже чергують міліціонери — зробили повну наркологію”. Така неоднорідність серед людей з ВІЛ/СНІДом створює нові проблеми. Конфлікти виникають не лише ззовні, але й з середини цього прошарку соціуму.

Вплив психологічної настанов

Психічний стан та ставлення людини до своєї хвороби визначально впливають на її перебіг. Це істина, яка вже не потребує доказів.

Існує тісний взаємний зв'язок між природним бажанням жити та біохімічним балансом у центральній нервовій системі. Творчість — один з проявів волі до життя — стає джерелом важливих імпульсів, які зароджуються у мозку людини і стимулюють гіпофіз, що, у свою чергу, благотворно діє на ендокринну та імунну системи, навіть за умов важкої

хвороби. "... Я навчився вірити у здібності людини — навіть коли прогнози здаються абсолютно безнадійними. Життєва сила — найбільш загадкова сила на Землі..." — пише Н.Казінс, додаючи: "У мене часто запитують, як я поставився до вироку фахівців, які стверджували, нібито моя хвороба є невиліковною. Відповідь проста: я не піддався страху, відчаю та паніці, які супроводжують захворювання, яке не дає шансу на одужання. Проте, не буду робити вигляд, нібито не я не розумів всієї серйозності свого стану, або, що в мене завжди був веселий настрій та легко на серці." (Казінс Н., 1991, с.26).

При дослідженні, проведеному в Каліфорнійському університеті в Сан-Франциско, виявилось, що смертність серед ВІЛ-позитивних, які перебували у стані депресії, в перші три роки після звістки про захворювання була в 2 рази вища, ніж у тих, хто нею не страждав. Ставився до своєї хвороби зважено і мав доступ до психологічної допомоги.

У книзі "З мого життя та роздумів" Альберт Швейцер писав про свою тяжку хворобу та про те, як, страждаючи від неї, він вирішив: що, коли стане знову здоровим, ніколи не забуде своїх почуттів у той час, коли був хворим і що, як лікар, буде приділяти психології хворих менше уваги, ніж діагнозу та лікуванню. Він писав про "братерство тих, хто позначений знаком болю". Тим, хто не входить до цього братерства, дуже нелегко зрозуміти, що таке біль і страждання.

Психологія тяжкохворої людини зводить бар'єр між нею і тими, хто має знання, досвід та бажання лікувати чи надавати допомогу. Що ж це за бар'єр? Перш за все, це відчуття безпорадності, яке саме по собі — серйозна хвороба. Це підсвідомий страх, що хвора людина ніколи вже не буде в змозі повернутися до активного життя: це гірка істина, яка роз'єднує ВІЛ-позитивну людину зі світом сподівань та надій. Прагнення не обтяжувати непідсильним тягарем занепокоєних близьких людей, на чий плечі лягла турбота про її здоров'я, ще більше віддаляє її від кола рідних та друзів. Страх бути самотньою у страданні та бажання позбутися суперечливих почуттів які зазвичай крають душу кожного тяжкохворого. Ось що займає розум ВІЛ-позитивної людини. Відчуття, що хвороба є проявом неповноцінності, примушує втрачати повагу до самої себе, а усвідомлення того, що важливі рішення, які стосуються її власної долі, приймаються у неї "за спиною", що їй кажуть не всю правду, невимовно засмучує.

Смертельний жах перед незрозумілістю аналізів, страх болю, ще більших страждань душі та тіла, побоювання, що СНІД невпізнано її змінить, позбавляють ВІЛ-позитивну людину сну та спокою. Незволення такими відчуженими від неї людьми у білих халатах (інколи масках та рукавичках), які обступають її з голками, шприцями та ампулами (хто вводить корисні, як вони кажуть, ліки, а хто "викачує" з

кров), отрує життя людини, хворої на СНІД. До того ж стиль спілкування пацієнта та лікаря майже ніколи не буває діалогічним, тобто ці двоє людей дуже рідко співпрацюють. У цій умовній “парі” лікар здебільшого є домінуючою фігурою, яка висловлює імперативні вказівки-накази або вказівки-поради, а ВІЛ-позитивний — тим, хто вимушено підкоряється.

Постійна туга спустошує душу невиліковно хворої людини — невикорінювана, настирлива, як ніж у серце. Невгамовна спрага простого людського співчуття та добросердя — ось що потребує вдоволення. А тепла дружня посмішка та співчутливо простягнута рука здебільшого цінується куди як більше, ніж магія сучасної науки. Але вона, наука, на жаль, є більш доступною, ніж людяність. Ніякі технічні дива сучасних клінік, навіть першокласних, не здатні справити такої дії, як співчуття та турбота милосердої людини.

Лікарня — це нескінченний ряд чужих облич, зазвичай байдужий медичний персонал, незнайомі лікарі: “Вони приходять і відходять, а ти, безпорадний та жалюгідний, маєш до цього пристосовуватись”, — пише у своїй книзі “Анатомія хвороби” Н.Казінс, який настільки тяжко хворів у підлітковому віці, що близькі люди не сподівалися на його одужання. Проте він вижив: “Треба сподіватись на краще — ось урок, який я запам’ятав назавжди. І він потім мені дуже згодився. З тієї самої миті я почав цінувати життя. Відверто кажучи, я не знаю, що людина здатна витримати у своєму — єдиному для неї — житті, але я особисто переконаний, що докладу всіх можливих зусиль (щоб вижити). Зрозуміло, що не кожне захворювання можна перемогти. Але багато хто повністю віддає себе під владу недуги, “поринає” у хворобу. Такі люди ще більше знесилюють ті резерви організму, які могли б допомогти їм вистояти. Треба вміти радіти життю, не зважаючи на хворобу. Тому дуже важливе значення мають не тільки лікування і медичний догляд, але і якість життя”.

“Часто повідомлення про захворювання спонукає людину стати більш спокійною та приділити більше часу контакту з внутрішньою сутністю. Захворювання... примушує людину відійти від попередньої метушливої діяльності та зусиль і поринути у власні глибини, де вона може одержати ту поживну енергію, якої так потребує... Лікування завжди приходить зсередини”, — пише Ш. Гавейн у своїй книзі “Созидающая визуализация” (Гавейн Ш., 1994, с.86).

10. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ВІЛ/СНІД

Незалежно від того, чи поділяємо ми гіпотезу інфекційного походження такого не однозначного явища, як пандемія ВІЛ-інфекції, чи ні, одне є безперечним: в усьому світі живе дуже багато людей, які дискриміновані, стигматизовані і практично вилучені з життя соціуму саме з причини встановлення їм цього діагнозу. Дуже часто деморалізуючий ефект ізоляції, навколишня байдужість, моральне засудження і таврування сприяють самоізоляції, апатії та байдужості ВІЛ-позитивних людей.

Наш десятирічний досвід роботи та спілкування з тими, хто живе з ВІЛ-інфекцією, свідчить, що багато хто з них потрапляє у безодню страху, відчаю, безнадії, болю, самотності та ненависті, не знаходячи виходу з несподіваної життєвої кризи.

Завданням тих, хто надає допомогу людям, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, є подовження благополучного періоду хвороби на максимально довгий термін (за даними світової статистики, він може дорівнювати 5 — 17 рокам). Важливим, якщо не визначальним щодо цього терміну, поряд з якісним медичним забезпеченням (обслуговуванням), є психологічний стан пацієнта. Саме він здебільшого визначає і фізичний стан людини. Психічний стан та ставлення людини до своєї хвороби вирішально впливають на її перебіг. Це істина, яка вже не потребує доказів. Психічні структури керують нашим тілом, мозок — це “диригент оркестру” — і від того, яким чином він ним керує, настроєний він на позитивне чи негативне сприйняття дійсності, залежить злагодженість у роботі органів і систем людського тіла, їх добре або погане функціонування, а кінець-кінцем і саме фізичне життя.

При ВІЛ-інфекції основна проблема не може бути вирішена. Проте можна емоційно підтримувати клієнта, разом з ним розробляти цілий ряд альтернативних варіантів його дій та складати плани, що дозволять подолати труднощі, неминучі у зв'язку з захворюванням і необхідністю зміни способу життя, погіршенням стану здоров'я та “особливим” ставленням до нього переважної більшості оточуючих.

Психологічна допомога ВІЛ-позитивній особі має полягати в тому, щоб сприяти заміні деструктивних стереотипів поведінки на конструктивні, допомогти внести певні позитивні зміни у життєвий сценарій, навіть за умов довготривалої невиліковної хвороби. Конструктивно вирішувати проблеми людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, можливо тільки за умов надання не тільки психологічної підтримки, але і соціальної допомоги.

Змістом психосоціальної допомоги є надання безпосередньої, передусім емоційної, психологічної підтримки ВІЛ-позитивним людям.

сприяння переорієнтації їхньої поведінки з негативної, руйнівної щодо себе, оточення та суспільства на позитивну, життєстверджуючу, а також допомога у задоволенні життєвих потреб, які виникають через невиліковну хворобу. Консультантові треба докласти чимало зусиль для того, щоб хвороба не перетворилася у хронічний синдром відсутності мети. Недопустимо залишити ВІЛ-позитивну людину без психологічної допомоги на цьому визначальному етапі.

“Завдання консультанта надати допомогу клієнтові у тому, щоб він був спроможний з готовністю прийняти на себе соціальну відповідальність, вдихнути у нього мужність, яка допоможе клієнтові звільнитися від невідступного відчуття неповноцінності та спрямувати його прагнення в соціально корисне річище” (Мэй Р., 1994, с.35).

Принципи психологічної допомоги при ВІЛ-інфекції

При допомозі ВІЛ-позитивній людині у пошуку її власного, найкращого шляху вирішення проблеми визначальними є принципи співчуття, доброзичливості, конфіденційності. Помилки, які часто трапляються і можуть принести значну шкоду при наданні такої допомоги, це: нереальні обіцянки, надмірна опіка, обман “заради самої людини”, відчуженість, подання прямих порад та безпідставне заспокоєння. “Спілкуючись з ВІЛ-позитивним, не можна стверджувати, що “все буде добре” (з бесіди з Д.Штеклером).

Перш за все консультантові необхідно врахувати послідовність розвитку психологічних реакцій пацієнта. Так, робота з людиною, якій тільки-но стало відомо, що вона є позитивною, суттєво відрізняється від консультування людини, яка вже примирилася з наявністю у себе ВІЛ і звернулася по допомогу через відчуття самотності, відчуженості та ізоляції. Розвиток психологічних реакцій умовно можна поділити на два етапи. Перший — це гостра криза, характерна тим, що людина відчуває сильну загрозу, вона приголомшена та розгублена, емоційно паралізована від неможливості дати собі ради: все здається безнадійним. Другий — це поступова адаптація різного ступеня. Навіть пряма відсутність емоційної реакції як така є проявом адаптації через заперечення. Подолання страхів, прийняття обмежень, позитивні та конструктивні дії людини свідчитимуть про достатньо високий рівень її адаптації до стану ВІЛ-позитивності.

Психологічна підтримка людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та хворих на СНІД надзвичайно важлива тому, що усвідомлення наявності у себе смертельного захворювання створює надмірний психологічний тиск та постійне занепокоєння, які, в свою чергу, можуть викликати суттєві психологічні та фізичні зміни та посилювати прояви захворювання. Особливо слід мати на увазі страх, дискримінацію, хибні уяв-

лення, “міфи”, спровоковані епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу. Для того, щоб психологічна підтримка була ефективною, вона має розцінюватися пацієнтом як прийнятна. Прийняття буде ефективнішим, якщо консультування будується на врахуванні багатьох соціальних взаємовідносин, зв’язків та обставин, які має індивід. Уміння добре лікувати починається з уміння добре слухати. Лікареві завжди є чому повчитись у свого пацієнта! Лікування тільки фізичних захворювань, без лікування духу, недостатнє і недосконале. Жодні ліки не мають такої дієвої сили, як психіка самого хворого. Невиліковна хвороба викликає емоційний дистрес, а депресія порушує імунні функції організму. Негативні емоції викликають імуносупресію — занепад захисної системи людського тіла, а позитивні пов’язані з покращенням імунітету.

Основні етапи психологічної допомоги при ВІЛ/СНІД

Основними етапами психологічної допомоги при ВІЛ інфекції/СНІДі є перед- та після тестове консультування; психологічна допомога у кризовому періоді після повідомлення про діагноз; консультування у періоді адаптації до стану ВІЛ-позитивності та вирішення життєвих проблем; психологічна підтримка на етапі СНІД-асоційованого комплексу та СНІДу і психологічна підготовка до смерті. Кожен з цих етапів має свою специфіку у відповідності з індивідуально зумовленими психологічними особливостями пацієнта та його життєвою ситуацією.

Криза. Більшість людей реагують на повідомлення про факт інфікування шоком, неприйняттям, запереченням, страхом. Завданнями консультанта є забезпечення інтенсивної безперервної системи підтримки протягом перед- та післятестового консультування, пошук ефективного варіанту комунікації, не зачіпаючи реакції неприйняття факту хвороби.

Адаптація. Клієнт демонструє неприйняття, гнів, тривожність, депресію, почуття провини. Соціальні зв’язки розриваються, людина відокремлює себе від інших. Консультант має стимулювати підтримку ззовні, зокрема груп самопомоги, а також рідних, близьких, коханих. Інколи виникає потреба у психіатричному лікуванні. Необхідно надати допомогу у перебудові соціальних зв’язків і створенні мотивації та конструктивної перспективи, шляхів і стратегії долання.

Примирення. Клієнт демонструє прийняття обмежень, розвиток нового ставлення до самого себе, конструктивно бере участь у діяльності, пов’язаній з ВІЛ, відновлює колись перервані функції. Завданням консультанта є стимулювання та підкріплення примирення, як бажаної реакції, подальшої допомоги рідних, близьких, коханих.

Підготовка до смерті. "... Смерть — це найчистіший взірєць невідвортної події: нікуди не зникає, навіть якщо її витіснити зі свідомості, навіть, якщо сам, хто тужить, знаходить притулок у не-свідомому забутті" (Франкл В., 1990, с. 226).

"У своїй основі життя — це гра. Ви можете добре провести час у цій грі або навпаки, — залежно від того, що ви оберете. Але, у будь-якому випадку, гра буде продовжуватись до Вашої смерті. Ви маєте насолоджуватись грою, бо Ваше тіло дуже довго буде мертвим і порівняно недовго — живим. Смерть є для нас загадкою, яку ми вирішуємо. Ваша смерть завжди є в Вас — вона Ваш постійний супутник, який ховається у Вашому одязі, той, хто спить поруч Вас і присутній при кожному Вашім слові та вчинку. Тому Ви б мали звикнути до неї. Якщо Ви опираєтесь страху смерті, Ви завжди будете боятися смерті. І цей страх проникає у кожний аспект Вашого життя. Якщо ж, навпаки, Ви знаєте свою смерть і усвідомлюєте страх щодо неї, Ви набуваєте психічний простір для себе і для своєї смерті у своєму житті, бо Ви можете дивитись на свою смерть, як на частину свого життя. І тоді страх починає розсіюватись і залишає Вас. Тоді Ви більш повно насолоджуєтесь життям" (Уолісс Е, Хенкін Б., 1992, с. 45).

У невідвортності смерті немає ніяких сумнівів. Смерть це, мабуть, єдина подія у житті людини, яка якщо вже мав місце факт народження, є передбаченою і безперечною. Втім, як не дивно, в наших лікарнях на тему смерті накладене суворе табу.

"Коли ви спілкуєтесь з хворим на ВІЛ-інфекцію, ви теж маєте вибір: ви можете зануритися у тугу та відчай або можете дивитися на нього, як на людину, яка прогресує, із розумінням того, що людина, яка помирає, просто розлучається зі своїм тілом і, можливо, перейде у кращий стан. У нас є свобода вибору завжди" (Дж. Штеклер, 1992, з приватної розмови).

Людину зі СНІДом засмучує страх залежності, болю, самотності, ізоляції. Консультант має допомогти сформуванню настанову на завершення незакінчених справ і на конструктивний підхід до сімейних та юридичних питань; сприяти подальшій допомозі рідних, близьких; забезпечити емоційну підтримку, утішання, вдоволення духовних та релігійних потреб.

Родина хворого є інтегральною частиною процесу вмирання. Треба усвідомити, наскільки важливо знати історію родини ВІЛ-позитивної людини, знати та приймати її обмеження. Стан вмирання — це активний процес. Він може перетворитись на експеримент для вивчення. Чому б не подивитися на нього як на вище виконання, здійснення, а не як на катастрофу буття?

"Смерть — це не ворог! Я завжди думав, що сильні люди — це ті, хто бореться до кінця. А мій ВІЛ-позитивний друг сказав, що він

вмирає і хоче померти. Це надзвичайна сила! І ніхто не має права забронити мені вмерти“ (з бесіди з Дж. Штеклером).

“Віктор фон Вайзекер підмітив одного разу, що хворий у чомусь перевершує лікаря. Лікар, який тонко відчуває ледь вловимі нюанси окремої ситуації, завжди буде відчувати щось подібне до сорому, коли знаходиться біля ліжка невиліковно хворого, або того, хто вмирає. Бо сам лікар не в змозі вирвати що жертву з лещат смерті. Хворий... не здається, бо приймає свою долю з тихим стражданням. Таким чином, останні моменти його життя стають справжнім досягненням у метафізичній області, тоді як у світі фізичнім, підвладнім медицині, у лікаря зв'язані руки і він зазнає поразки” (Франкл В, 1990, с. 235).

“У смерті термінально хворої людини немає вашої провини. Смерть — не програш. Що означає допомогти смертельно хворій людині? Нав'язати декілька днів, місяців страждання, або дати можливість вмерти так, як вона того хоче? Треба поважати право пацієнта вмерти так, як він вирішив. Не можна відняти це право у особистості. Лікар вчать, що смерть — це ворог, крах, провал для нього як для фахівця. Може, краще, ніж лікарям метушитися з крапельницею, дозволити близькій людині посидіти біля хворого, тримаючи його руку, щоб він відчував потік любові. Я обираю таку смерть. Настає мить, коли треба “відпустити” хворого” (з розмови з Дж. Штеклером).

“Чи варто продовжувати життя і з ним непереможні страждання? Чи зобов'язаний лікар боротися з хворобою, використовуючи всі можливі засоби, навіть якщо це спричиняє страждання пацієнтові? Наскільки безпечно для пацієнта рішення приймає він, керований своїм серцем? Чи не виникає часом конфлікт між лікуванням хвороби і лікуванням людини? Все це — питання медичної етики... Смерть як така не завжди є трагедією. Жахливо те, що людині доводиться помирати у лікарняних умовах, без підтримки рідних, можливості доторкнутися до тих, хто її любить. У лікарні людина отримує все, крім почуття безпеки, умиротворення, спокою і полегшення душевних мук. А цього вона потребує найбільше“ (Казінс Н, 1991, с.46).

“Я вважаю, що обирати має хворий: лікуватися, або не лікуватися. Лікар може тільки запропонувати лікування. Я знаю багатьох людей, які довго боролись, але все одно, кінець кінцем, втомились від боротьби. Мій лікар — янгол. Він дає мені факти, він мене розуміє, він мене приймає. Він ніколи не каже:”Не будеш робити, що я кажу — не буду тебе лікувати”.

Процес консультування при ВІЛ-інфекції/СНІДі можна умовно поділити на початковий, середній і кінцевий етапи. На початковому етапі клієнт інколи реагує на консультанта дуже суперечливо. Водночас він може відчувати потребу в допомозі і глибоку недовіру. Він не знає, чи сподобається консультантові, побоюється, що консультант може

знехтувати ним через його фізичний стан, сексуальну орієнтацію або інші дуже специфічні проблеми. Дехто спрямовує на консультанта свій гнів та агресію. А іноді може дійти до того, що поставить під сумнів обізнаність, безкорисливість та компетентність консультанта. Консультант має розуміти і адекватно сприймати ці почуття клієнта, заохочуючи їх висловлювання, обмежуючи лише прояви вербальних або фізичних образ.

Клієнтові треба дозволити розповідати про себе так, як йому зручно. Консультант об'єднає та підсумує різні фрагменти пізніше, щоб можна було скласти план подальших дій. Надмірна упорядкованість на першому етапі може справити на клієнта таке враження, ніби його негараздам приділяється занадто мало уваги. На цьому етапі консультант має врівноважити дві задачі: спонукати клієнта вільно розповідати про свій стан власними словами і, водночас, зазначати факти, які стосуються конкретної ситуації, для того, щоб об'єктивно оцінити потреби людини та її поведінкові ризики. Отже, на цьому етапі необхідно дозволити клієнтові розповідати свою історію в будь-якій формі, яка йому подобається. Тоді він відчує шанобливе ставлення свого консультанта, який надав йому таку можливість. У свою чергу, це дозволяє консультанту спостерігати за природними емоціями клієнта під час його розповіді, аналізуючи його можливості викладати власні ідеї, констатувати факти, аналізувати ситуації та висловлювати почуття.

Консультанту завжди потрібні певні факти для того, щоб перейти до оцінки життєвої ситуації даного клієнта: фактичного прибутку та фінансового забезпечення на майбутнє, можливої залученості до ризикованої поведінки. До інших видів інформації, якої потребує консультант можна віднести поведінковий анамнез та анамнез світогляду. Треба з'ясувати, чого хоче і чекає клієнт від консультанта і від тієї служби, де надається консультування, на чому ґрунтується стурбованість клієнта; чи є у нього якісь ознаки хвороби, як довго вже присутні ці ознаки; що вже встиг зробити клієнт для того, щоб отримати допомогу; що, на думку клієнта, було причиною хвороби; які види ризикованої поведінки призвели до цього; чи змінила дана людина свою ризиковану поведінку; яку реакцію на факт його інфікування ВІЛ з боку оточуючих прогнозує клієнт; хто може надати йому емоційну підтримку; кого він повідомить (або повідомив) про те, що він заражений ВІЛ.

Характер консультування і підхід, який при цьому використовується, мають відповідати емоційному стану і готовності клієнта до обговорення його проблем. Анамнез життєвих фактів звичайно сприймається клієнтом як більш безпечний у порівнянні з анамнезом світогляду та поведінки, тому життєвий анамнез часто є добрим початком роботи з тими людьми, які налякані процесом консультування. Щодо анамнезу світогляду та поведінки, то зазвичай вони є доброю стар-

товою позицією для роботи з тими клієнтами, які демонструють нагальну потребу поговорити про свої страхи, проблеми та негаразди.

Кризове консультування — це найбільш актуальна та складна форма консультування з проблем, пов'язаних з ВІЛ. Клієнт у стані кризи, спричиненої ВІЛ, охоплений страхом, він не здатний до конструктивних дій, і тому він або абсолютно пасивний, або збуджений і ворожий. В такому випадку марно намагатися отримати детальний анамнез. На цей час клієнт має потребу у комусь, хто буде його слухати і зможе швидко встановити з ним робочі стосунки.

Ось рядки із щоденника молодого чоловіка 23-х років, в яких він описує свої почуття у момент повідомлення про наявність у нього ВІЛ.

“Відчуття, що мене шалено “крутить” у воронці коловороту, затуляє, “ковтає” темна маса, безодня, шалено засмоктує, а я борсаюсь із усіх сил, щоб не задихнутися, випірнути до світла, шукаю якоїсь опори, щоб спертися на щось і вискочити з цього мороку жаху до світла, де мені усе було зрозумілим”.

“... Шалено хочеться назад, до світла, щоб навкруги були зрозумілі речі, щоб було ясно, як жити”.

“... Хаос, втрата опори, хочу ясності, зрозумілості та порядку”.

Консультування при ВІЛ-інфекції/СНІДі неможливо підвести під якусь схему, оскільки кожний клієнт — індивідуальність. Проте певні його елементи і принципи мають загальний характер. Тривалість етапів консультування залежить від потреб клієнта та ступеня його готовності скористатися послугами консультанта.

Що має робити консультант на початковому етапі? Слухати уважно, неупереджено, доброзичливо. Реагувати на ознаки кризи і допомагати людині висловлювати почуття та поновлювати самовладання, пояснювати відповідні факти щодо самої ВІЛ-інфекції, підкреслювати необхідність зміни ризикованої поведінки, пропонувати емоційну підтримку і допомагати налагодити стосунки з рідними, близькими та друзями, якщо у цьому є потреба і клієнт на це погоджується. Визначити всі особисті, сімейні, соціальні, економічні та інші проблеми, з якими може бути пов'язаний стан клієнта. Оцінити можливість клієнта щодо використання інформації, наданої консультантом, а також відібрати ті проблеми, над якими вони будуть разом працювати: визначити мету на ближчу та довгострокову перспективи. Скласти план дій щодо обраних проблем та цілей.

На середньому етапі — з'ясувати, чи є клієнт ВІЛ-позитивним або йому вже встановлений діагноз СНІДу. Обговорити пов'язані з цим проблеми. Продовжувати надавати емоційну підтримку і забезпечувати зв'язок з ресурсами (сім'єю, друзями, групами самодопомоги

тощо). Обговорювати плани інфікованої людини щодо повідомлення про її діагноз та залучення родини та інших близьких. Сприяти безперервному вираженню та обговоренню почуттів. Ненав'язливо допомагати людині рухатись у напрямку здобуття самовладання та примирення. Підтримувати і продовжувати роботу з обраними проблемами. Контролювати просування уперед до визначених цілей і, за необхідності, коригувати ці цілі. Сприяти збереженню та продовженню змін поведінки.

На заключному етапі контакти з клієнтом можуть бути збережені протягом тривалого часу, часто до його смерті, але з більш тривалими проміжками часу між зустрічами. Доцільно готувати клієнта до зміни характеру стосунків з консультантом; підтримувати незалежність, самостійність та збереження змін поведінки; допомагати у подоланні будь-яких тривалих проблем у родині або на роботі, які пов'язані із станом клієнта. Запевнити клієнта у збереженні інтересу до нього, а також у тому, що він завжди може звернутися до консультанта.

Психологічна допомога у кризовому стані

Для пацієнтів у кризовому стані типовими реакціями є шок, страх або заперечення, відторгнення реальності (неприйняття або заперечення факту інфікування). На цьому етапі одним із психологічних стресогенних механізмів є стрімке зрушення у сприйнятті своєї особистості, різка деформація "образу себе", образу "Я". Іноді це супроводжується імпульсивним пориванням до будь-яких дій. Самі дії можуть мати агресивне забарвлення, бути скеровані на інших (СНІД-тероризм, навіть не завжди свідомий) або на себе (суїцидальні спроби). Психологічна підтримка саме у такий момент, демонстрація прийняття та стриманого співчуття дозволяє виграти час для включення в дію механізмів психологічної адаптації. Важливо при цьому, не нехтуючи інформацією про небезпеку для здоров'я, підкреслити значущість відтинку часу, який людина має попереду, а також допомогти позбутися відчуття некерованості та безнадійності ситуації. У певних випадках доцільно наводити приклади з життя ВІЛ-позитивних людей, які демонструють творчу активність та інтерес до життя, як, наприклад, у групах само та взаємодопомоги.

У більшості випадків повідомлення пацієнта про виявлення у нього ВІЛ-інфекції має характер психічної травми і супроводжується втратою надій, які людина мала щодо можливої помилки при діагностиці. Ця критична для пацієнта ситуація потребує від лікаря (консультанта) додержання необхідних психотерапевтичних принципів: неспішності; природності; доброзичливості; спокійного впевненого тону; ясності та простоти аргументації.

Повідомлювати пацієнту про наявність у нього ВІЛ-інфекції доцільно під час конфіденційної бесіди при відсутності сторонніх осіб. “Конфіденційність створює безпечний простір” (з бесіди з Джоном Штеклером).

Бесіду слід будувати таким чином, щоб після повідомлення про позитивність пацієнт мав час на обмірковування цієї інформації, усвідомлення ситуації. Необхідно спостерігати за реакцією пацієнта, не залишати його наодинці. Вже на цьому етапі консультант має сприяти першим крокам ВІЛ-позитивної людини (“неофіта СНІДу”) на шляху пошуку внутрішніх та зовнішніх ресурсів, тобто, не форсуючи подій, тактовно допомогти й почати рух у напрямку опанування ситуацією.

Психологічна допомога на етапі адаптації

Процес адаптації відбувається здебільшого дуже складно, навіть драматично. Цей стан є нестійким у часі. Тобто періоди відносної психологічної “рівноваги” змінюються депресивними станами або негативізмом та агресією (спрямованою на себе чи на інших).

Адаптація пацієнта до факту ВІЛ-позитивності також супроводжується переживанням різноманітних емоційних станів: розгубленості, тривоги, почуття провини та втрати, страху хвороби, страху бути покинутим, процесу вмирання та смерті як такої, гніву, роздратованості, зниження самоповаги, переживання залежності та втрати контролю над власним життям, депресії. Проте ці стани не мають “гострого”, кризового характеру. Зазвичай людина починає опановувати ситуацію, яка виникла, та намагається знайти адекватні способи життєдіяльності, які вдовольняють її потреби, інтереси та цінності. По швидкості прийняття необхідних рішень, розвитку адекватного ставлення до себе (самоприйняття), поновлення старих соціальних зв’язків та укладання нових, оволодіння новим способом життя, можна робити висновок про високий або низький ступінь адаптованості людини до хвороби.

Особистісна криза ВІЛ-позитивного мешканця України розвивається сьогодні на специфічному тлі соціально-економічної ситуації “з видтынком катастрофи”. Зрозуміло, що механічне перенесення західного досвіду психологічної допомоги ВІЛ-позитивним, накопиченого у розвинених країнах із стабільною економікою та ефективною соціальною допомогою, без його адаптації до конкретних умов нашого суспільства є абсолютно неприйнятним.

Наявність або відсутність об’єктивних, соціально обумовлених перспектив щодо збереження задовільної якості життя: соціального статусу, матеріального статку, попереднього пристойного рівня здоров’я, врешті — “шансу на життя”, у визначальній мірі впливає на

виникнення та трансформацію певних психологічних станів тих, хто живе з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

Належність до суспільств різного рівня економічного та соціального розвитку, розбіжність в історичних, релігійних та культурних традиціях одразу закладає дуже відмінну подальшу “життєву програму” ВІЛ-позитивної людини і вже за своїм визначенням передбачає певні відмінності у наданні психологічної допомоги в різних країнах.

Є суттєва об’єктивна відмінність у стані ВІЛ-позитивної людини, яка мешкає у розвиненій країні, та стані наших ВІЛ-позитивних співгромадян. Що їх відрізняє?

Ефективні ліки, які безпосередньо впливають на ВІЛ та значно покращують якість життя ураженої людини і подовжують його тривалість, в Україні сьогодні не доступні з багатьох причин. Інститут соціальної роботи практично відсутній, а соціальна допомога мізерна. Психологи дуже рідко залучаються до надання допомоги ВІЛ-позитивним людям, які залишаються практично наодинці з усіма своїми проблемами.

На превеликий жаль, вітчизняні медичні кадри не мають належної підготовки у цій галузі. До того ж далеко не всі з них психологічно готові надавати різнобічну допомогу людям, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом за цілком об’єктивних обставин (наприклад, через відсутність засобів індивідуального захисту). Та чи їхня це провина?

Жодна людина без сторонньої підтримки не в змозі подолати наслідки інфікування ВІЛ. Позитивних змін можна досягти лише за умов забезпечення інфікованій людині психологічної підтримки, краще — з боку родини або близької людини. Консультантові треба виявити психологічну реальність ВІЛ-позитивної людини, оцінити її, поставившись до неї з належною повагою, і спиратися на неї і враховувати її при подальшій роботі.

Надзвичайно важливу роль у процесі адаптації до факту інфікування, а потім і захворювання відіграє якість системи стосунків “лікар (консультант-психолог) — ВІЛ-позитивна людина”. Саме тому обов’язком консультанта є не тільки повідомлення про діагноз та необхідність психотерапевтично пом’якшити дію цієї психотравмуючої інформації, але і неупереджене, доброзичливе ставлення до ВІЛ-позитивної особи протягом тривалого часу спілкування, незалежно від її способу життя та інших індивідуальних особливостей.

Надання психологічної підтримки при ВІЛ-інфекції потребує значних витрат часу. Це неодноразові бесіди про особливості перебігу захворювання, необхідні зміни у поведінці; прояснення характеру проблем, які постають перед ВІЛ-позитивною людиною та її близькими, визначення реальних шляхів їх подолання. Консультант має всіляко сприяти формуванню активної життєвої позиції клієнта, спрямованої на

поліпшення якості його життя. Навіть за умов такої драматичної ситуації, як ВІЛ-інфекція.

Психологічне консультування при ВІЛ-інфекції

В процесі консультування двоє людей, які до цієї миті ніяким чином не були пов'язані одне з одним, зустрічаються, щоб подолати кризову ситуацію, вирішити проблеми або прийняти рішення стосовно дуже особистих, інтимних питань. Проте між такою неупередженістю та близькістю, як між двома берегами однієї ріки, перекинуто місток, на якому балансує консультант. Цей місток дуже важливий для забезпечення майбутнього благополуччя клієнта і набуття ним навичок самостійного вирішення проблем. Клієнт може нічого не знати про консультування, бесіда з незнайомою людиною про особисті справи може відлякувати його, навіювати несміливість, тому консультантові варто почати із з'ясування того, що клієнтові відомо про консультування як таке і чого він очікує від консультанта. За необхідності консультант має коротко змалювати процес спільної роботи, ілюструючи своє пояснення прикладами, обговорює занепокоєння клієнта, а потім уважно слухає його пояснення.

“Якщо ви прийдете до пацієнта і скажете, що нема чого боятися — він не повірить вам. Якщо ви його запитаете:” Ви налякані?” — він, звичайно, відповість: “Ні”, — і йому не стане легше. Я, зазвичай, кажу: “На вашому місці я б злякався”, — і це дає пацієнтові можливість боятися відкрито, бо я визнаю його право на страх. І ми починаємо розмову. Треба завжди розповісти людині, що її чекає. Ваше розуміння її страхів дозволяє їй відкритися вам. **Визнання почуттів пацієнта** — страху, хвилювання, гніву — ось ключ до взаєморозуміння” (з бесіди з Дж. Штеклером).

Пояснення клієнта, бачення ним своєї проблеми здебільшого має дуже суб'єктивний характер і, можливо, неточне. Проте клієнт буде задоволений тим, що консультант приділяє цьому питанню всю свою увагу. Саме тут закладені основи довіри. Методи консультування можуть бути різними, проте є ряд універсальних точок зору на консультування при ВІЛ-інфекції/СНІДі і передумов для його здійснення.

Особливості консультування. Є певні особливості роботи з клієнтом, ураженим ВІЛ. Тому консультантові, зокрема, слід володіти необхідним запасом знань про ВІЛ та про клінічні прояви інфекції; бути обізнаним про новітні розробки в галузі діагностики та лікування СНІДу; мати достатнє уявлення про спосіб життя всіх груп інфікованих і вміти тактовно обговорювати з ними їх сексуальні та побутові проблеми; бути здатним ефективно, тактовно і доброзичливо спілкуватися з широким колом осіб, які відрізняються за сексуальною орієнтацією (го-

мо та бісексуали), професією (секс-бізнес) і способом життя (залежність від наркотичних речовин); добре знати про всі служби підтримки, призначені для осіб з ВІЛ/СНІДом; володіти методами саморегуляції.

Кожному, хто консультується з приводу ВІЛ-інфекції та СНІДу, треба постійно надавати такі умови, завдяки яким він відчував би до себе дружнє ставлення. А консультант як цілком зрозумілу річ має приймати занепокоєння, об'єктивні обставини і шкідливі звички клієнта, незалежно від його способу життя, минулої поведінки, сексуальної орієнтації, соціальної належності, національності, релігії або інших характеристик. Відтворити таку атмосферу доброзичливості інколи нелегко, оскільки для цього треба здолати своє ставлення та особисті стереотипи. Проте консультування практично неможливе якщо клієнт не відчуває доброзичливості. Добре розвинена навичка емпатийного слухання — це важливий перший крок до встановлення взаєморозуміння, і без неї процес консультування не може розвиватись.

З бесіди з Кароліною Сміт: “Ви не можете вилікувати СНІД, не завжди можете зменшити фізичний біль, але надати психологічну підтримку, слухаючи гранично проникливо, цілком можливо. Іноді не треба намагатися виправити ситуацію. Треба лише відкрити своє серце для слухання. Цього достатньо. При обговоренні в групі людина може відчути, що вона хоче прокоментувати щось або заперечити тому, хто зілється. Якщо ви “піймали” себе на цьому, це означає, що ви слухали розумом, а не серцем”. Джон Штеклер додає: “Важко слухати серцем і важко говорити про те, що дуже особисте”.

Проте при оцінці ситуації, в якій опинився клієнт, дуже важливі нейтральність та неупередженість консультанта, хоча люди, які нічого не знають про процес консультування, спочатку можуть сприйняти це як відсутність цікавості або недружнє ставлення. Довіра та конфіденційність — це основні принципи консультування при ВІЛ/СНІДі. Довіра — це найважливіший, невід'ємний елемент стосунків між консультантом і його клієнтом. Довіра до консультанта підвищує ймовірність того, що клієнт буде діяти відповідально щодо власного життя та життя інших. Клієнта необхідно запевнити щодо конфіденційності, особливо у зв'язку з ризиком негативних соціальних реакцій на інфіковану людину. Стосунки між консультантом і клієнтом мають будуватись на розумінні та гарантії того, що все, обговорене цими двома людьми, залишиться суворо між ними.

Процес консультування. Основним видом психологічної підтримки та допомоги людям з ВІЛ-інфекцією/СНІДом є специфічний процес, counselling, який поєднує у собі водночас надання компетентної поради та дружньої підтримки тому, хто в скруті. На жаль, адекватного перекладу цього визначення українською мовою, крім слова “консультування”, яке не відбиває сутності процесу, немає.

Людину, яка здійснює counselling, називають counsellor, тобто “консультантом”, незалежно від фахової належності. Процес консультування починається з першого контакту консультанта і клієнта, інфікованого ВІЛ, навіть якщо він обмежений лише знайомством та домовленістю про наступну зустріч. Термін консультування залежить від потреб клієнта, але здебільшого необхідність у ньому буває довічною. Зміст консультування змінюється залежно від конкретних потреб і умов, в яких на час звертання перебуває клієнт, проте консультування має постійні і універсальні ознаки: воно надає час і підтримку, дозволяє визначити проблеми, допомагає вибрати реалістичні альтернативи, стимулює мотивацію і прийняття рішень.

Навички консультування. Консультування людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, — це водночас мистецтво та наука. Науковий характер консультування стосується його основоположних принципів. Мистецтво — це поєднання особистості консультанта, володіння ним методиками та технологіями, його навички. Консультант має навчитися саморозумінню. Саморозуміння передбачає оцінку і розуміння власних сильних і слабких рис, цінностей та забобонів. Консультанту треба проявляти особливу увагу при роботі з людьми, які дуже відмінні від нього за життєвим анамнезом, або з тими, хто здається впертим та невдячним.

Консультанти мають власні потреби та мотивації, які необхідно проаналізувати. Наприклад, чи можу я чесно запевнити інших людей у тому, що я збережу їх таємниці і буду спроможний забезпечити конфіденційність? Чи є в мене бажання продовжувати консультувати когось, хто мені не подобається або чия поведінка мене ображає? Чи спроможений я за необхідності використати метод конфронтації та прямого наставлення? Чи здатний я усвідомити свої забобони і не давати їм волі? Це важливі питання, оскільки результативність роботи консультанта в значній мірі залежить від знань про самого себе, самодисципліни та самоконтролю, а також від здатності поєднувати тепло і терпимість з об'єктивністю.

“Ми можемо зрозуміти почуття інших людей, лише добре зрозумівши свої власні почуття” (з бесіди з Дж. Штеклером).

Можливість надання співчутливої допомоги (befriending) і набуття навичок консультування при ВІЛ/СНІДі обумовлені наявністю внутрішнього покликання до цієї роботи. Консультування ВІЛ-позитивних людей та хворих на СНІД — це великий обсяг важкої роботи і багато прикростей. Ця робота щодня нагадує консультанту про те, що і сам він смертний; він постійно бачить втрати, а іноді змушений проявляти терпимість до поведінки, яка може йому здаватися неприемною і неприйнятною. Не маючи на це покликання, консультант не зможе надати людині можливість віднайти потрібну опору і швидко “згорить” сам.

Довгострокова психологічна підтримка при ВІЛ-інфекції — це надзвичайно виснажлива і не завжди вдячна робота. Тому консультант має забезпечити собі постійний доступ до джерела поновлення власних енергетичних ресурсів. “Якщо я не люблю себе, як я зможу любити вас? Я задаю собі питання: “Що я можу зробити для себе саме зараз, щоб мені було краще саме зараз? Тобто я маю дати собі щось, чого я потребую, для того, щоб давши собі, я був спроможний краще віддавати іншим” (з бесіди з Джоном Штеклером).

Людей, які пов'язані професійно із тими, хто живе з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, інколи приводить у відчай довічний характер ВІЛ-інфекції та невиліковність СНІДу. Людина, яка лікує, хоче вірити, що її дії будуть мати хоч якісь позитивні наслідки. Необхідність працювати з хворобою, яка у даний час є невиліковною, неможливість поліпшити фізичний стан пацієнта лише тому, що лікування є надмірно дорогим, а тому недоступним абсолютній більшості ВІЛ-позитивних людей, може викликати почуття безнадії або навіть професійну кризу.

Усвідомлення неможливості суттєво допомогти ВІЛ-позитивній людині не тому, що засобів реальної допомоги взагалі не існує, а лише з причин, зумовлених соціо-економічним станом, є дуже фруструючим для фахівця.

У більшості людей, які заражені ВІЛ, є всі ознаки психологічного неблагополуччя, або дистресу. Вони можуть втратити здатність ясно розмірковувати про свою проблему або приймати чіткі рішення щодо того, що необхідно зробити. Вони можуть замикатися у собі, відчувати своє безсилля, і здаватися абсолютно нездатними приймати рішення, або вирішувати проблеми. Це і є їхня психологічна реальність. Головне завдання консультанта — в тому, щоб допомагати іншим людям знову відчувати опору під ногами і виробити нові корисні навички. Консультант має завжди бути зосередженим на збереженні стійкості перед фактом ВІЛ-інфікування або смертельної хвороби. Консультанти, які працюють з клієнтами з метою допомогти їм відновити втрачену впевненість у собі та самовладання, мають бачити, що задачі, які ставить перед собою клієнт, — реальні та такі, що можуть бути виконані. У багатьох людей з ВІЛ-інфекцією або СНІДом виникає переконання: варто лише краще намагатися — і прийде зцілення (що за своєю суттю є проявом неприйняття хвороби). Виходячи з цього людина може ставити собі зависокі та недосяжні цілі. Таким чином, ті цілі, які можуть бути в іншому випадку потужним позитивним стимулом, у даній ситуації стають джерелом відчаю.

Часто консультанти-початківці настійливо шукають якусь конкретну методику чи технологію, які б допомогли їм ефективно працювати з ВІЛ-позитивним клієнтом. Методика, як така, важлива і корисна, проте вона вторинна щодо здібності налагоджувати стосунки.

Оволодіти навичками консультування людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, і ефективно їх використовувати можуть тільки ті, хто дійсно стурбовані долею уражених або навіть долею людства.

Співчутливе ставлення або його відсутність, проявляються через вербальні та невербальні ознаки. Консультативна робота не буде мати успіху, якщо консультант не може продемонструвати клієнтові щирі турботу і співчутливе ставлення до нього. Співчутлива допомога чимось нагадує дружбу. Відмінність тут у тому, що у даному виді стосунків є певна мета. Комунікація має зосереджений і цілеспрямований характер. У цьому процесі визначально закладена нерівність сил, оскільки людина з термінальною проблемою вимушена звертатись по допомогу, а консультант може її надати. Консультант використовує силу своєї компетентності у певних контрольованих дозах і керується у визначенні цих доз цінностями та переконаннями, які створюють основу якісного консультування.

Навички оцінки станів та мотивації. Досвідчений консультант з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу свідомо формує в себе навички повідомлення людям іноді не зовсім приємних або трагічних для них фактів, заохочення до продуктивного прояву почуттів. Він уміє ставити питання щодо делікатних чи табуйованих тем або видів поведінки, а також може знайти засоби заохочення клієнта та його близьких до зміни поведінки. Робота консультанта спрямована на посилення та стабілізацію мотивації з тим, щоб можна було зменшити вплив потрясіння, яке виникає у людини, коли вона дізнається, що заражена ВІЛ або хвора на СНІД, а також зміцнити її самовладання.

Мотивацію, у даному контексті можна трактувати як спонуку, сила якої визначає вірогідність чогось досягти за допомогою певних зусиль. На оцінку відносних розмірів цих зусиль або результатів, які отримує клієнт, значно впливає ставлення оточуючих, особливо родини, коханого або коханої та близьких друзів. Консультант має звертати увагу на щонайменші ознаки психологічної "сили" ВІЛ-позитивної людини та на її бажання зберегти незалежність. Мотивацію заохочують і стимулюють протягом всього консультування. Консультант вивчає (і намагається сприяти змінам там, де це необхідно) ті психологічні реалії ВІЛ-позитивного клієнта, які послаблюють мотивацію. Це здійснюється за допомогою аналізу: самооцінки клієнта (чи вважає себе людина сильною або слабкою, гідною любові та поваги або нікчемою), рівня самопізнання (в якій мірі клієнт усвідомлює власні думки, почуття, занепокоєння та дії), ступеня активації психологічного захисту. Як клієнт реагує на інформацію або події, які здаються загрозливими? Неприйняття є досить звичайною реакцією.

Доцільно з'ясувати наступні аспекти.

Пояснення (атрибуція відповідальності). Як клієнт пояснює те, що з ним сталося, та причини цього? Чи вважає він, що причина криється у ньому самому, або знаходиться зовні?

Питання атрибуції відповідальності є надзвичайно важливим: кому “приписує” ВІЛ-позитивна людина відповідальність за своє зараження? Де знаходиться її суб’єктивний локус контролю: всередині, або зовні? Здебільшого у наших пацієнтів виявляється суб’єктивний зовнішній локус контролю, що природно породжує звинувачення партнера, суспільства або навіть Бога. З’ясувавши цей аспект, психолог може тонко впливати на людину з метою допомогти їй особисто, а також сприяти тому, щоб ВІЛ-позитивна особа не стала загрозою для оточуючих.

Передбачення (життєва перспектива). Як клієнт бачить майбутнє? Які заповітні сподівання та прагнення мають бути принесені у жертву?

Виявлення ознак психологічного неблагополуччя. Дистрес — це нормальна реакція на звістку про те, що людина заражена ВІЛ. Пом’якшити цю реакцію може лише її вільне висловлення, обговорення та підтримка. Якщо дистрес виявляється стійким, можуть знадобитися інші інтенсивніші форми втручання (психіатрична, у тому числі медикаментозна, допомога).

Симптоми тривожності. Зазвичай тривожність проявляється роздумами про хворобу та її лікування; стурбованістю фізичними симптомами; соматичними скаргами, наприклад, на головний біль та серцебиття; нав’язливими думками з приводу функціонування свого тіла; емоційною лабільністю; схильністю до сліз та занепокоєнням.

Депресивні симптоми проявляються у вигляді апатії; безпорадності, критичного зниження самоповаги, почуття провини, відчуття власної нікчемності та безнадії, суїцидальних думок, соціальної відгородженості, а також відчуття нездоланного горя.

Почуття самотності і слабкої підтримки оточуючих. Часто трапляються підозрливості щодо ставлення та мотивації дій оточуючих.

Гнів на зовнішній світ або на себе за те, що пішов на ризик інфікування ВІЛ.

Ясність щодо проблем та альтернативних рішень

Для виявлення та уточнення проблем клієнта потрібно мати чималий досвід у консультуванні. Без сумніву, успіх консультування прямо залежить від ясності при визначенні проблеми. Проте іноді консультанти нехтують тими визначеннями, які дають проблемі самі клієнти. Однією з причин може бути те, що консультант-новачок

відчуває невпевненість, дискомфорт тоді, коли треба поставити специфічні питання, необхідні для того, щоб з'ясувати точку зору клієнта на якісь делікатні проблеми. Завжди при консультуванні, а особливо при консультуванні з подолання (вирішення) проблеми, консультант має зосередитись на самій проблемі.

Визнання проблеми вміщує в себе: визначення проблеми у тому вигляді, в якому її бачить клієнт; повторне викладення клієнту того, що він сказав, в особистій інтерпретації консультанта; перефразування, тобто передання смислу іншими словами; перевірка та уточнення для того, щоб впевнитись, що інтерпретація консультанта вірна; визнання того значення, яке дана проблема має для клієнта і того впливу, який вона на нього справляє перевірка та оцінка власних поглядів консультанта на дану проблему; розуміння тих почуттів, які відчуває клієнт з приводу даної проблеми, та звертання по допомогу з виходом за межі сімейного кола і друзів або до релігійних угруповань; з'ясування тривалості існування та впливу даної проблеми; з'ясування, як клієнт долає зараз і долав у минулому серйозні проблеми; з'ясування причин, які спонукали клієнта звернутися по допомогу в даний момент; проведення аналізу проблеми з метою скоротити її до осяжних масштабів (клієнту вона може здаватися занадто складною і тому неможливою для вивчення; консультант може показати, що проблема вміщує ряд компонентів, або субпроблем, з якими можна розібратися з кожною окремо); виявлення сильних рис клієнта, які можуть слугувати ресурсом у даній ситуації; коротке викладення оцінки, яку консультант дав проблемі та впливу цієї проблеми на клієнта; домовленість про заходи, необхідні для вирішення даної проблеми (або якоїсь її частини): це може бути те, з чого, на думку клієнта, найбільш важливо та зручно почати, або те, що консультант вважає найбільш важливим чи придатним для змін.

Чи не на перший план у психологічній роботі з ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми та їх близькими виходить сімейна терапія.

Свою ефективність при роботі з людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, доводять також методики саморозвитку, сприяючи звільненню ВІЛ-позитивної людини від внутрішніх самообмежень, хибних стверджень щодо самого себе, допомагаючи їй ствердитись у своїй особистій людській гідності.

Групи взаємодопомоги

Одним з ефективних методів повернення віри в себе, у своє майбутнє людям з ВІЛ/СНІДом є самокерована діяльність, зокрема створення груп самодопомоги. З нотаток А. Роше: "Черпайте енергію у творчих стосунках... Завжди будьте готові перервати поверхові стосун-

ки, особливо якщо вони перешкоджають вашому особистісному росту”. Позитивним особистісним трансформаціям, психологічній рівновазі ВІЛ-позитивної людини, яка переживає найболючіший період після повідомлення діагнозу, сприяє її допомога іншим людям, тим, кому, можливо, навіть гірше за неї. В ній народжується відчуття власної запитаності, значущості. Відчуття та усвідомлення того, що вона є потрібною і любимою для когось, є чи не найнадійнішою психологічною опорою, бо збагачує ВІЛ-позитивну людину енергетично. Це є вкрай необхідним для неї, виснаженої та спустошеної. “У сутність болю проникає тільки той, хто на останній глибині власного болю приєднається у своїм дусі до світового болю. Але здійснити це можна за однієї умови: він має дійсно пізнати усю глибину болю інших істот, а це передбачає вже не співчуття, не проникнення у товщу буття, а велику Любов. І тоді власний його біль у своїй кінцевій глибині проступить через біль світу. Тільки співучасть у бутті інших живих істот виявляє сенс у основі власного буття” (Бубер М., 1993, с.144).

Для багатьох група замінює сім'ю, друзів, стає середовищем, де можна завжди знайти підтримку та розуміння. Досвід людей, які перебувають “в одному човні”, викликає силу й нову надію там, де раніше були тільки апатія та байдужість. Деморалізуючий ефект ізоляції, навколишня байдужість (чи моральне засудження та таврування) можуть поступитися, завдяки колективним діям, новим почуттям: власної гідності та могутності, чому сприяють реальні практичні досягнення, на які поодиноці важко розраховувати (з дипломної роботи Т.Бондарчук, 1997).

“Завдяки роботі в групі люди більше не будуть розглядати себе як жертву. Це найважливіший засіб, необхідний для виживання”. Далі він додає: “... Коли я один, коли я хворію, я думаю, що я щось не так зробив, тому я захворів. Це відчуття — мій власний страх. У групі ми на рівних, цей страх в усіх них є теж. Це означає, що я такий не один. Розумієш, що звинувачувати себе безглуздо” (з розмови з Д.Штеклером).

Дуже важливо усвідомити, що самоповазі людей, які належать до уразливих груп населення, сприяє вживання термінів: “люди з ВІЛ-СНІДом” — на противагу “ВІЛ-інфіковані” та “хворі на СНІД”; “гей”, що є загальноприйнятим терміном серед гомосексуалістів як заміник самого терміну “гомосексуаліст”; “жінка секс-бізнесу”, що замінює термін “проститутка”; “люди, залежні від наркотиків” — на противагу “наркоманам”.

У передмісті Сан-Франциско, США, існує центр “Attitudinal Healing” — зцілення через ставлення. Мета його програми — допомогти людині, яка страждає, знайти заспокоєння завдяки не осудливому, а

націленому на любов ставленню до себе та до інших людей за будь-яких зовнішніх умов та фізичних станів.

Концепція Attitudinal Healing базована на переконанні, що завжди можна надати перевагу миру у собі над конфліктом, а любові — над страхом. Любов є найголовнішою силою зцілення.

Згадаймо відоме висловлювання Дж. Мільтона: “Людський мозок сам може зробити рай з пекла та пекло з раю”.

Attitudinal Healing — це процес позбавлення від болю та страху. Якщо людина позбавляється страху, залишається тільки любов. Виходячи з цієї концепції, здоров'я — перш за все, це внутрішній мир (спокій), а процес зцілення — шлях до позбавлення від страху. Такою є перша теза у концепції Attitudinal Healing. Єдиним шляхом для надання допомоги будь-кому є зцілення самого себе. Тому для зцілення іншої людини важливі не самі наші дії, а наші внутрішній світ, гармонія та любов.

Другою тезою є те, що людина не є її тіло. Людина — це душа, яка живе незалежно від фізичного існування. Оскільки душа завжди досконала, ми можемо обрати шлях до такої ж досконалої душі іншої людини, а не до її фізичного або емоційного болю. Це не є байдужість до чужого болю. Завдяки цьому виключена можливість взяти на себе чийсь біль. Якщо ми обрали цільність, ми допомагаємо людині, яка страждає, також віднайти в її душі цю цільність. Оскільки ми є не лише фізичним тілом та від початку досконалі, захворювання або інші обставини не можуть завдати нам суттєвих збитків. Вони є, по своїй суті, досвідом, який ми набуваємо. Тому немає необхідності у тому, щоб, бажаючи допомогти, “тиснути” на когось у намаганні його змінити. “задля нього самого”.

Ми можемо підтримувати одне одного через безумовне твердження, що у будь-якому стані людина має величезні можливості, а її удосконаленню немає меж. Attitudinal Healing передбачає надання людині можливості абсолютного фізичного зцілення або смерті — залежно від того, у чому вона сама відчуває потребу. Не може бути ніяких сумнівів щодо досягнення мети: і фізичне зцілення, і смерть є добро. Вільно прийняте рішення — чудовий прояв довіри до людської цільності, наполегливості у підтримці, без засудження обраного людиною шляху.

Ще одним важливим аспектом застосування концепції Attitudinal Healing є розуміння того, що ми не тільки надаємо допомогу самі, але й отримуємо її від тих, кого зцілюємо. Усвідомлення цього взаємообміну дозволяє людям, яким ми допомагаємо, відчути свої потенційні можливості бути нашими вчителями. Це також збагачує “цілителів” розумінням того, що віддавати означає брати участь у певному “циркулюючому” процесі. “Цілителі”, які працюють за системою

Attitudinal Healing, керуються такими принципами: сутністю нашого буття є любов; зцілення — це внутрішній спокій, мир у душі; зцілення — це позбавлення від страху: віддавати та отримувати — одне й те саме; можна віддати минуле минулому та не перейматись майбутнім; зараз якраз саме той час, який є зараз, і він саме той, щоб віддавати; можна навчитися любити себе та людей через прощення, без осудження; можна бачити в усьому любов замість недоліків; ми маємо знайти шлях та йти ним, шлях, що веде до миру в собі, незважаючи на те, що діється “поза нами”; ми вчителі та учні водночас; можна сприймати життя як одне ціле, а не як ланцюжок окремих фрагментів; оскільки любов всеохоплююча, довічна, не обов’язково дивитися на смерть зі страхом; ми можемо завжди сприймати себе та тих, хто поруч, як джерело безмежної любові та бажання надати допомогу.

“Я обираю примирення, я сам визначаю свої погляди на життя; я обираю свої відчуття та настрої; я ставлю перед собою мету; у моїм житті нічого не відбувається саме по собі; я отримую тільки те, чого свідомо або несвідомо прагну сам”, — читаємо в нотатках засновника центру (*Джампольський Дж.*, 1992, с.49-123).

Attitudinal Healing — це зцілення розуму, тому ми можемо обмінюватись досвідом та вибором, який ми зробили. Зцілення розуму — це активний процес, який можливий на будь-якому етапі життя.

З розмови з Кароліною Сміт, яка працює у Центрі з 1987 року та займається проблемою психосоціальної допомоги при ВІЛ-інфекції у програмі ООН СНІД, чисєю особистою мотивацією до подальшої роботи було те, що вона тривалий час спілкувалася з двоюрідним братом, молододю людиною зі СНІДом, який вирішив прожити залишок життя повноцінно: “Є речі, які знаходяться поза нашим контролем. Це наша стать, національність, вік або смерть близької людини. Але багато на що ми можемо впливати. Зокрема, на наше ставлення до світу, який нас оточує. Ця теза є опорним моментом нашої методики”. Кароліна навела приклад хлопчика 9 років, мама якого була хвора на рак. Хлопчик дуже страждав від почуття гніву. Він гнівався на Бога — чому він дозволив, щоб це сталося саме з його доброю, красивою мамою; і він гнівався на маму — чому вона хоче покинути його, того, хто так її любить? Завдяки індивідуальній і груповій роботі в центрі вдалося полегшити стан дитини, надавши їй почуття впевненості через визнання її почуттів. Хлопчик зізнався в групі, що він відчуває себе щасливим, тому що сьогодні його мама з ним, що вони можуть спілкуватися, бо вони разом.

Концепція Attitudinal Healing реалізується у формі групових занять 6-8 ВІЛ-позитивних осіб (або членів родини ВІЛ-позитивної особи — дорослих чи дітей). Роль ведучого полягає у тому, щоб допомагати членам групи недирективним шляхом. “Ми не проводимо жорсткої межі між ведучим та членами групи. Я ходив у групу 3 місяці, доки не

зрозумів, хто ж у ній є лідером. Найголовніше для нас — працювати над собою” (з бесіди з Дж. Штеклером).

Перед початком заняття групи ведучий звертається до неї зі словами: “Я люблю вас, я приймаю вас, я підтримую вас, я довіряю вам, бо ви знаєте, що саме є найкращим саме для вас”.

Attitudinal Healing є процесом позбавлення болю, страху, вини та агресії та надбанням любові. Воно починається тоді, коли люди знаходять сили подивитися на страх, вину, злість та біль із співчуттям, а не з засудженням. Цей шлях психологічної допомоги веде до гармонії та вміння прислуховуватись до “внутрішнього керівництва”; вчить, що відчуття — болючі та гіркі або світлі та радісні викликані не людьми або подіями “поза нами”, а лише нашим власним вибором ставлення до них. Зцілення (душі) залежить від нас як джерела любові у більшій мірі, аніж як від “індивідуальностей”. Attitudinal Healing стверджує, що люди є відповідальними за свої думки та почуття. Ця концепція змушує подивитись по-новому на наші стосунки з собою та людьми, перенести їх у теперішній час, залишивши у минулому обвинувачення та образи; нагадує, що сприйняття є дзеркалом того, що є в наших думках, і тому відбиток може бути деформованим. Attitudinal Healing підтримує нас у сприйнятті себе як духовного початку більше, ніж фізичного у розумінні, що призначення нашого “Я” — допомагати налагоджувати зв’язки, а призначення зв’язків — єдність.

Отже, є певні методичні засади надання психологічної допомоги людям, які живуть з ВІЛ-інфекцією або СНІДом та щоденно долають численні серйозні проблеми, проживаючи термінальну ситуацію. Існує чимало дієвих технологій, які цілком можливо, доцільно і корисно застосовувати в роботі з цією категорією людей, їх рідними та близькими. Проте найголовнішим, на нашу думку, є можливість, бажання та готовність самої ВІЛ-позитивної людини здійснити конструктивні особистісні зміни, здолавши кризову ситуацію. Віднайти гармонію та спокій в душі через примирення та наближення до смислу, віри, надії, любові і мудрості.

11. ТЕРМІНАЛЬНИЙ ПЕРІОД У ЖИТТІ ЛЮДИНИ

Нині перспективи психологічної практики пов’язані з тією ділянкою академічної психології, яка в основу наукових розробок ставить принцип активності суб’єкта по відношенню до свого життя (принцип “авторства життя”). Цей підхід актуальний для побудови психотерапевтичних впливів, особливо в тих сферах, де ще не існує більш-менш розроблених та експериментально підтверджених принципів психотерапії і де завдання психотерапевтичного процесу визна-

чаються довільно, відповідно до власних наукових, етичних, смисло-життєвих установок психолога-практика. Таке становище спостерігається в психотерапії (психопідтримці) термінальних станів: тут цілі психотерапевтичної роботи розуміються в дуже широкому діапазоні — від полегшення больових симптомів до особистісної адаптації до ролі невиліковного, безнадійного тяжкохворого.

Для тяжкохворої особистості характерними є різного роду обтяжливі зміни функціонального, особистісного, соціально-психологічного рівнів, проте в реабілітації тяжкохворих вся робота орієнтована на лікувальний процес, не враховуючи психологічних особливостей людини, і це часто загострює хворобливий стан.

Проте зарубіжна психотерапевтична практика (перш за все психосоматичний напрямок у медицині) свідчить про те, що найбільш ефективні результати з'являються там, де психічний стан хворого є центром всіх лікувальних заходів, усього психотерапевтичного процесу. Головним принципом виступає робота зі створення "позитивного мислення" та установки на активну відповідальну позицію до свого життя, до власного стану. В психотерапії хворих використовуються комплексні методи, які включають різні процедури та техніки — релаксацію, медитацію, візуалізацію, геносоціограму, психодраму, артотерапію, гіпнотерапію, раціональну терапію тощо (Досталова О., 1994; Гоулер Я., 1992; Саймонтон К., Саймонтон С., 1995; Шутценбергер А., 1990; Гроф С., 1991 та інші).

Безумовно, в західній культурі, з одного боку, досить сильні релігійні традиції, які самі по собі можуть стати опертям у подоланні хвороби чи в приготуванні до смерті, з другого боку, безумовною цінністю є людина, яка відповідає за своє життя, людина, яка "зробила себе саму". Не можна забувати і про те, що одним з важливих соціальних інститутів західної культури є соціальний інститут психотерапії, чого не можна поки що сказати про нашу культуру, яка до цього часу такого соціального інституту не знала. Це дуже важливий момент, про який ми часто забуваємо, але який незримо присутній у нашій реальності.

Перші спроби застосування адаптованих зарубіжних методів в роботі з важкохворими наштвхуються на значні труднощі. Це пов'язано з важкими економічними і соціальними умовами, з принциповою відмінністю психічної організації людини нашого соціокультурного простору. Так, для більшості наших тяжкохворих найяскравішою рисою є так звана "вивчена безпорадність" — такий стан, коли суб'єкт повністю знімає з себе будь-яку відповідальність за вихід із своєї хвороби. Це визначається повною зневірою в можливості керувати своїм станом, страхом вступити в рівноправне співробітництво-діалог з лікарем.

У нашому суспільстві, надто тривалий час людина виховувалась в приматі матерії над духом; людина розглядалась як суто матеріальна, а її дух і психіка інтерпретувались як утворені від матерії, вторинні і повністю залежні від неї.

Але є ще один тонкий момент, що має місце в кодексі нашої клініки — приховування істинного діагнозу від важкохворого і відлучення його таким чином від обговорювання стратегій лікування. З самого початку важкохворому нав'язується роль “дитини”; провокуючи таким чином його позицію безвідповідальності, лікар бере на себе роль всезнаючого дорослого, внаслідок чого вибір лікувального шляху та кінець (наслідки, фінал) захворювання припадають на плечі лікаря. Через таку стратегію важкохворий залишається наодинці зі своїми проблемами, страхами, стражданнями та самотністю, які в процесі тяжкого лікування поглиблюються.

Насправді, різні люди зовсім по-різному реагують на страшний діагноз. Наш документальний матеріал, спостереження та індивідуальні бесіди з важкохворими, літературні джерела свідчать про те, що мають місце різні установки по відношенню до лікування і своєї ролі в цьому процесі, по відношенню до свого стану і виходу з нього. Існує зв'язок між загальною картиною світу пацієнта, попереднім досвідом виходу з тяжких кризових ситуацій і здатністю бути суб'єктом, автором свого життя в ситуації тяжкого соматичного захворювання. Стратегії поведінки і засоби життєздійснення в кінцевій ситуації визначаються присутністю в картині світу хворого важливих смисловитих останніх питань, їх постановкою та зрушенням (імпульсом) до їх просвітлення, прояснення.

Перші спроби психологічної підтримки тяжкохворих свідчать про те, що передусім продуктивність такого типу допомоги обумовлена значною мірою не тільки “волею до життя”, а й рівнем розвитку особистості, точніше, її “душевними здобутками”, незалежністю, відкритістю її свідомості новому ноуменальному, трансцендентному досвідові.

Психологічна підтримка, яка враховує індивідуальні особливості хворого, специфіку його світопереживання (своєрідність “картини світу”), індивідуальну історію його життя (“текст долі”), тобто коли вона індивідуально підібрана (“на зріст душі”) і спирається на емоційну позитивну підтримку родини, — може не тільки поліпшити “якість життя” хворого а й змінити його, насичуючи новими смислами та значеннями.

Термінальний період: значення та смисли

Термінальний період — трагічний період у житті людини. Писати про нього гірко. Чи можна його збагнути? Виразити? Останній

рік. Останній день. Остання мить. Далі — тиша... Це безмовне знання. Немає змоги охопити його розумом. Його можна тільки пережити. Прожити. Як і народження, цей період унікальний у житті людини. Неповторний. І неминучий. Нікому не випасти з нього. Так чи інакше, суто індивідуально всі ми його проходимо. Пере-ходимо...

У чому його незбагненність, невимовність, архіскладність і простота? Чому він такий значний у досвіді переживань і знань людини? Чому так важливо його усвідомити і осмислити?

Передусім тому, щоб учитися жити. І вчитися вмирати. Усвідомлюючи всю миттєвість життя й неминучість нашої смерті, навіть сьогодні. У давнину ченці нагадували один одному: май пам'ять смертну. Слова ці звучать і сьогодні. Владика Антоній у своїх бесідах про смерть пояснює нам, що мовиться це не для того, щоб ми побоювались життя, а для того, щоб ми жили з усією напругою, яка могла б у нас бути, коли б ми усвідомлювали, що кожна мить єдина й неповторна для нас, і кожна мить повинна бути досконалою, повинна бути не спадом, а вершиною хвилі, не поразкою, а перемогою. Тут йдеться не про зовнішній успіх або його відсутність, а про внутрішнє становлення, зростання, здатність бути досконало і повно всім, що ми є в даний момент (м.Сурожський А., 1995, с.61- 62).

За свідченням незлічимо хворих, у термінальному періоді людина переживає значну і сувору кризу — духовну. Часто для смертельно хворих саме в цей період відкривається шлях до Духу... Більш того, часто термінальний період стає ситуацією високого напруження не тільки для вмираючого, але й для тих, кого доля включила в життєвий простір онтологічної драми граничних переживань.

Поряд із негативною реакцією на можливість смертельного скону (що часто можна спостерігати в термінальній ситуації), здебільшого має місце вибух духовного потенціалу особистості, що ініціює стрімке піднесення душі людини. Можливо, ті духовні багатства, які виявилися непотрібними у минулому, саме в останні хвилини життя, зворушуючи своєю мудрістю, є останнім даром життю того, хто відходить.

“Народження містичне — до нас з'являється вісник з іншого світу. Смерть близьких ще сильніше пробуджує в нас містичні почуття, — пише у своїх посмертних записках о. Олександр Єльчанінов, — уходячи від нас, вони з тканини нашої душі простягають за собою довгий провід, і ми вже не можемо жити тільки цим світом — у нашу теплу, затишну домівку поставлений апарат у нескінченність”.

Термінальний період у житті людини ми спробуємо роздивитись крізь призму незлічимого захворювання (зокрема онкологічного).

За думкою Л.М.Толстого, людина приходить у світ, щоб збагачувати його любов'ю. А коли залишає цей світ — об'єднує любов'ю

всіх нас. Ті, кому долею дано було це усвідомити в час свого “переходу” до інобуття, передають нам свій духовний досвід. Вони допомагають нам на “полі боротьби волі з долею.

“Храни Вас Бог, ушедшого туду//, Подай Вам Бог спасаючого руку// И помоги нам выдержать разлуку, //Пока еще не наша череду” (М.Андрієвська).

Серед усіх життєвих криз невиліковна хвороба займає особливе місце. І не тільки тому, що вона ставить людину перед лицем цілого ряду положень, (що має місце, як ми знаємо, у будь-якому кризовому періоді), про які здорова людина не думає часто. Незцілима хвороба нагадує людині, що вона смертна. І це перше, що проникає у свідомість, і з цієї миті життя стає суворим зобов'язанням, і термін виконання його може скінчитися кожною миті.

Зі смертельною хворобою в життя людини вривається ноуменальний смисл, входить власний інтимний досвід доторкання до смерті. Віднині це якісно інше життя. І цілком інша за своїм звучанням, змістом і завданням життєва криза — ноуменальна. Найсерйозніша і найдраматичніша, бо вона — на останку. У присутності смерті. Саме тут та онтологічна точка (точка фіксації), де корені останніх питань сенсу життя людини, де ідея індивідуального життя, його задум і буття злиті суцільно, точка, що провокує випробування ідеї (задуму) вже тендітним буттям. Утворюється виключна ситуація для випробування ідеї. Це, може, остання криза у житті людини. Само-завершальна.

Коли людина думає про смертну годину, вона особливо відкрита, чутлива (сензитивна). Тому її установки і відносини, оцінки та вибори, рішення та вчинки, уявлення про час-простір значно змінюються. Смертельна хвороба кидає виклик людині, її духу, наймогутнішому й найтендітнішому в ній. І немає змоги вивернутися, викрутитися. На цей виклик неможливо не відповісти. Він примушує думати над останніми, граничними питаннями буття-небуття, проблемою долі, “милості” і “благодаті”, жертви й самопожертви, задуму й свого індивідуального втілення (тексту, теми, ідеї, міфу, сценарію), думати над самим існуванням перед обличчям смерті, над зовнішніми і внутрішніми опорами в цій напруженій передкатастрофічній ситуації. Як період максималізму, термінальна ситуація з усією неминучістю висвітлює особистісні аспекти переживання необхідності, відповідальності та вибору.

Віднині смерть лише удавано відокремлена від життя. Віднині це життя над безоднею перед лицем смерті, і сама вона — смерть — є важливою дійовою особою в цій онтологічній драмі. Вона задає емоційну напруженість, заряджає особливою енергією життєвий простір, визначає смислове поле проблем. Повсякденна небезпека смерті і соціального небуття створює структуру зовнішнього і

внутрішнього психологічного простору, висвітлює і визначає всі міжособистісні стосунки. Виникають нетривіальні завдання, і смерть — головний учитель і порадник. Вона будує, організовує і визначає якість життя цього періоду. І вона, нарешті, поєднує в одному смисловому просторі Ерос і Танатос. Постійна її присутність ставить перед необхідністю актуалізувати всі свої вміння, організувати свою поведінку (засоби, стратегії) і відносини з оточуючим світом, віднині “світом точних вчинків, почуттів, рішень”.

Як жити перед лицем смерті? В ім'я чого жити? Як вистояти, відчуваючи нестерпний біль? Де взяти сили для “переборювання смерті”? Відчай душі породжує питання, вони є знак стану, близького до критичного. Дуже часто це насправді кризова ситуація неможливості жити, і що є справжньою мукою — здійснити внутрішній смисл свого буття.

Насідають думи про долю, питання про шляхи спасіння, про орієнтири у просторі незцілності, неминучості, загибелі. Всі досі випробувані засоби були дієвими у нормальних умовах, іноді в ситуації хвороби, але без загрози для життя. Проте в термінальному періоді вони можуть виявитись малоефективними. Треба шукати щось нове в глибинах своєї душі, що вело б у потрібному напрямі. Це цілковито новий досвід випробування в умовах “більш ніколи” (ніколи більше), переживання відчайдушної рішучості встояти перед “ніколи”.

Не випадково для термінальних хворих нашого соціокультурного простору, наскрізь пройнятого християнським духом, символами виступають “Голгофа як шлях”, “Розп'яття як посвята”, “Пекло як знаходження сенсу страждання”. Без сумніву, в інших культурах цьому періоду буде відповідати і інша символіка.

У граничних переживаннях людини нашої культури в термінальному періоді часто виникає образ “Розп'яття”. Чому він з'являється? На думку С.Є.Злочевського, це може бути викликане тим, що, крім канонічного смислу і тлумачення, “Розп'яття” має інші відтінки й звучання — рух уперед, усередину, догори (горизонталь можливості, що переходить у вертикаль нескінченості) — духовне зростання немислиме без страждань... Але воно немислиме без відмови від багато чого, що так чи інакше ми цінуємо у звичайному, буденному житті. Езотерична теза “Кожне сходження неминуче проходить через розп'яття” розшифровується так: розп'яття — те страждання, коли руки, призначені для того, щоб брати й утримувати, назавжди прибито до хреста; розп'яття — те страждання, коли ноги, призначені для того, щоб доганяти й бігти, назавжди прибито до хреста; розп'яття — те велике страждання людини, коли вона вже не може доганяти й брати (хапати), бігти (утікати) й утримувати. Втім, йдеться про те, що хапати-брати можна не тільки гроші, владу, славу, але й, наприклад, самолюбівання, марно-

славство, гординю тощо. Бігти (тікати) можна не тільки від ворогів, лиха, долі (фатуму), але й від себе... (фрагмент останніх бесід з київським психологом-філософом С.Є.Злочевським).

У контексті з “Розп’яттям” у віруючих хворих іноді виникає вражаючий асоціативний ряд: розп’яття — страждання над безоднею, жнива, страда — збирання урожаю — страждання — стан душі, що перетерпіла нищівний біль і збирає свій останній урожай. Неоперабельна онкологічна хвора, що пережила всіх своїх близьких (теж онкологічних хворих), пояснює це так: “Коли тіло хворіє, то зціляються рани душі. Розп’яття для мене — це не відчай, а благодать: всі залишили мене, крім Господа. Господь торкнувся мене своєю десницею” (А.А.К. прийняла постриг і заглибилася в роботу над книгою, присвяченою приготуванню до смерті).

За спостереженням о. О.Єльчанінова, коли людина доходить до краю скорботи, коли для неї закриті всі шляхи у горизонтальній площині, їй відкривається дорога нагору.

У багатьох термінальних хворих нестерпний біль, гостре переживання безглуздя — смислу страждання — асоціюється з пеклом, із зішестям до пекла. Чому? Може тому, що Христос перед воскресінням спустився до пекла. На іконі, що втілила цей євангельський сюжет, вражаюча ідея двох протилежних за смислом страждань. Одне — Христове — підносить ... і має великий катартичний смисл. Друге — страждання пекельне, безглузде і принижуюче. Зліва у куті ікони “Зішестя до Пекла” — символ пекельних страждань — розкрита паша звіра (паша пекла). Символ цього сюжету — захист високого страждання. Або інакше — перетворення страждань у піднесенні. Це здається не зовсім зрозумілим на перший погляд. Проте, найважливіша ідея тут — це осмислення страждання. Христос спустився до Пекла, щоб збагнути смисл і безглуздя життя. Ще один образ: космогонічної битви Бога з першопотворою — хаосом. Основну ідею тут можна виразити словами Ніцше: хто має *заради чого* жити, може витримати будь-яке як (з останніх бесід з С.Є.Злочевським).

Слід зауважити, що традиційне християнство трактує цей сюжет (“Зішестя до Пекла”) як бажання Христа врятувати грішників.

Коли термінальний хворий усвідомлює те, що відбувається, якщо є те, що допомагає йому подолати біль і керувати процесом, що йде, то найпронизливіший сум у термінальних переживаннях — це страждання і його збагнений і незбагнений смисл. Безумовно, як стверджує пристрасно Л.Шестов, “...смерть завжди нестерпно страшна...смерть є найнеприродніше, найприродніше, найпотаємніше з усього, що навколо нас відбувається. І обставлено її такими страхіттями не випадково, а мабуть, саме для того, щоб підкреслити її загадку. Страхіття смерті внутрішньо пов’язані з самою її суттю, і пов’язані узами нерозривними.

із цього треба виходити. І лише перед лицем великих страхіть душа відважується зробити над собою зусилля, без якого їй ніколи не здійснитися над буденністю, потворність і болісність смерті примушують нас забути все, навіть “самоочевидні істини” та йти за новою реальністю у ті терени, що уявлялися до того населеними тінями та привидами” (Шестов Л., 1993, с.246, 248).

У термінальному періоді життя на людину обвалюється в один і той же час нищівний і великий досвід переживання, досвід протистояння, досвід “затятості духу”, трагічний досвід умирання-переходу. І очевидно, саме тому, “тяжка хвороба, — як свідчить митрополит Антоній Сурожський, — це момент дивовижної зустрічі з людиною”. “Перед лицем смерті, — каже Владика (будучи не тільки священиком, що наставляє і наснажує, але і хірургом з величезним досвідом), — стираються всілякі межі, і лицем до лица зі смертю людина виростає до такої міри, якої вона не знала раніше. Я не кажу, що вона стає героєм, я тільки кажу, що перед лицем смерті людина пізнає свою людську гідність і велич” (м. Сурожський А., 1995, с.35).

Безумовно, важко собі уявити, що в цей період нестерпного страждання, коли через незносний біль, через неможливість виконувати нагальні потреби організму, у період, коли людина не радіє своєму існуванню, вона може відчувати таке високе піднесення душевних сил і розквіт духовний, про які говорить о. Антоній. Якщо це відбувається — це або Божий дар, або духовний подвиг.

Психологічний стан хворих, інтенсивність емоційного напруження їх переживань, своєрідність реагування на термінальну ситуацію, установки і позиції близьких, визначаються в основному так званою суб'єктивною картиною світу (усвідомленою чи неусвідомленою) та неодмінною наявністю в ній відповідного ставлення до смерті як являючого життя інобуття, одного з її утворюючих (важливої частини ставлення людини до Абсолюту — М.Вебер). Саме ставлення до смерті як зв'язку — розриву з життям — у картині світу невиліковного хворого і його оточення надає структурність життєвому простору (або робить його деструктивним), мовби змінює його геометрію, насичує новими теологічними смислами і, таким чином, трансформує термінальну ситуацію для всіх її співучасників у значну співдію (всупереч мукам і стражданням) високої якості для одних і катастрофічної для інших. Або, за тонким зауваженням Л.Седова, смерть втілює неначе експериментальну реалізацію розриву, якій виявляє, висвітлює характер відносин індивіда в цілому, надає певного забарвлення і задає тон кожному його ставленню окремо. Стає очевидним: світопереживання людини та її визначення смерті — це одна й та ж сутність.

“Какая сила — смерть: ее приход — //Защита человеку от неволи // Спасенье от безумия и боли, //Берущих в свой жестокий оборот! //

//Какая сила — смерть: она зовет// В высокий строй работы и молитвы//
И очищает праведностью битвы //Душевний оком и небосвод. // Какая
мера — смерть: она дает // Оставшимся крутой масштаб потери // И сте-
режет, как ангел, наши двери // От мелочности суетных невзгод, //Какая
правда — смерть: она кладет // Предел самообману...”

Таким було світопереживання і ставлення до смерті Марії Андрієвської. Вона прожила своє власне життя і померла своєю власною смертю. На зріст її душі. Її друг С.С.Аверинцев у короткій передмові до її посмертних віршів писав про те, що Рільке, роздумуючи про підступаючу безособовість, молив про те, щоб кожному було дано “його власну смерть, підсумок, що впливав би зі складу і устрою прожитого життя з природністю органічного процесу. Це повна протилежність нещасному випадку. Серйозна тільки необхідність, а необхідне лише те, що “власне”. Нещасний випадок з людиною “трапляється”, але трагедію людина бере на себе, страждає, але не відмовляється ні від чого, в глибокій єдності своєї волі і своєї долі. Тому і кінець, бо перемога кінцева, остаточна, назавжди — остання, дорого оплачена перемога особистого начала...

Щодо Марії Андрієвської цей імператив здійснився повністю. Своє життя, своя смерть — тільки це дає право на слово. Життя було важким і не тишило радощами... А потім прийшла хвороба, саме та, від одного імені якої наші сучасники втрачають дар слова (Маша завжди вимовляла свій діагноз спокійно, її голос жодного разу не затремтів). Власне було так: Маша підозрювала, що з нею, але за життя матері (тяжкохворої онкологічно) не йшла до лікаря, щоб як-небудь непередбачено це не дійшло до неї. Дочка, що добровільно віддала можливість зцілення, щоб не отруїти останні роки матері. Тут вже ніхто не буде говорити про нещасний випадок — це вчинок, вибір, зроблений — засвідчую — з ясною головою. Таким було життя, а смерть була страждальницькою. Умирання розтягнулося на довгі роки. Фізичні страждання повинні були досягти немислимих меж, і все ж мені здається, що вони мучили Машу менше, ніж приниженість тілесної немочі. Те й інше вона несла із зразковим терпінням. Ось що стоїть за віршами (Аверинцев С.С.).

Крило смерті, її відкритість і таїна, “запрошення” до життя всупереч, з одного боку, — і відкритість самої людини, її тендітність і в той же час відчайдушне протистояння нищівному досвіду перед лицем останніх питань, можливий прорив у новий, незнаний духовний простір, — з другого, — все це вирішальним чином визначає етику та естетику взаємовідносин і через це — особливу якість життя (його устрій, настрої) всіх, хто знаходиться в епіцентрі драматичних подій термінального періоду.

Таким чином, термінальний період — це період само-завершення, період “підбиття”. Його унікальність, у ноуменальності, в неминучості зведення до однієї онтологічної точки всіх “душевних здобутків”. Це період перегляду того, що було, організація життя близьких “після мене”. Це період побудови себе на грані з опертям на “ніщо” (Ніщце). Це період духовних напружень, бо в термінальному періоді людина знаходиться у просторі граничних сенсів і значень, у просторі, що насичений теологічними темами. Часто це духовна ситуація високої напруги, трансцендентальна за своїм звучанням для всіх учасників термінальної ситуації. Саме тут момент нашої історії, бо, як точно визначив Ауробіндо, “за суттю наше істинне Я відкривається тоді, коли все руйнується, тому що тоді настає момент нашої історії”.

У чому відмінність термінального захворювання від хвороби, якій не загрожує смерть? У звичайному захворюванні всі сили сфокусовані на подоланні хвороби і на організацію життєдіяльності після хвороби. Є опори — у просторах — соціальному, особистісному. Коли ж захворювання термінальне, є завдання зібрати й сфокусувати життєву енергію на само-завершення, по-перше, і на організацію життя після себе. Тут — рішучість устояти перед “ніщо”. Там є “потім”. Тут його немає.

У термінальному захворюванні смерть присутня як реальність. Тінь її присутності все змінює, по-новому висвітлює всі аспекти буття, трансформує якість життя. Центральна проблема — сенс страждання. Фундаментальні смисли і цілі буття підлягають випробуванню та перегляду.

Чи є це кризою? Це криза само-завершення, бо ситуація гранична, кінцева, екстремальна, передкатастрофічна. Це криза іншої якості життя. Криза передбачає акт вибору, прийняття рішення, здійснення. У термінальному захворюванні відбувається мобілізація всіх сил на само-завершення, на підтримку якості життя. При будь-якій кризі, як відомо, відбувається зміна основної діяльності, з’являються новоутворення. З усіма цими ефектами ми стикаємось у термінальному періоді.

Без сумніву, психологія незцілимо хворого, особливо в термінальній фазі, базується на соматичному стані вмираючого. Нам здається, що людина, яка вмирає від виснаження, від слабкості, має більший потяг до піднесених поривів душі, частіше звертається до Господа, ніж той, хто зазнає нестерпного нищівного болю чи не в змозі задовольнити свою нагальну фізичну потребу (нестямний голод, опорожнення кишечника, сечового міхура тощо). Природно, що в такому стані можна думати про звільнення від нестерпного життя.

Позбавляють людину високих поривів останньої пори життя зміни психіки, пов’язані з ураженнями судин головного мозку, що при-

зводять до розвитку різних психозів термінального періоду. Таким чином, однозначного рішення психологічних проблем даного періоду не існує.

У цілому виникає враження, що психологічний аспект у ситуації термінальній в значній мірі залежить від сили Духу, від інтелекту, від віри. Євангельські слова “Блажен, хто вірує” знаходять тут своє підтвердження, бо віра у потойбічне життя і милість Божу саме тому, хто страждає, може принести полегшення. Нехай атеїсти, прибічники марксистського матеріалізму назвуть це масовим гіпнозом, нехай філософи кажуть, що потойбічне життя — міф. Але допомогу віри ні з чим не зрівняти і нічим не замінити.

Для того, щоб бути у змозі зустріти смерть, треба знати, що ти маєш коріння у вічності, не тільки теоретично знати, але й бути впевненим, що є вічне життя. Згадаємо К.Юнга який після пережитого досвіду “на порозі смерті” писав про смерть як про предмет виключно важливий, особливо тоді, коли людина стоїть віч-на-віч із цим питанням.” Але для цього, — писав К.Юнг, — для неї необхідний міф про смерть, тому що здоровий глузд не підказує нічого, крім чорної ями, що чекає на неї. Міф же може запропонувати інші образи, благотворні й повні смислу картини життя в країні мертвих. Той, хто відкидає міф, прямує в ніщо, той же, хто додержується архетипу, йде шляхом життя і наповнений життям навіть у смертну мить. Безумовно, обидва залишаються у незнанні, але один живе всупереч своїй інтуїції, другий — у злагоді з нею. Різниця значна, і перевага останнього є очевидною” (1995, с. 61-62).

Безумовно, неможливо глибоко пережити й усвідомити процес умирання-переходу, тому що, незважаючи на численні свідчення лікарів-реаніматорів, ми не в змозі уявити, в чому він полягає. Цілком справедливо А.Полц сказала про те, що сьогодні у нас немає цілісної картини цього моменту. Але ми можемо звернутися до досвіду людей, які не тільки глибоко спілкувались з умираючими, але й, що надзвичайно значуще для нас, йшли з ними до останнього їх перебування на Землі...

Хтось колись сказав, що право на смерть є природжене право кожної людини. Але питання у тому, як ми цим правом можемо і повинні розпорядитися.

Какая мера — смерть — она дает// Оставшимся крутой масштаб...

Термінальний стан: психологічний аспект

До цього часу питання про психологію хворих, що переживають термінальну стадію захворювання (тобто хворих з неминучим летальним кінцем хвороби), залишається майже відкритим. Спеціальних

досліджень у цьому напрямку, за деякими винятками, майже не ведеться. І це, певно, не випадково. За спостереженням А.Гнезділова, лікаря-психіатра, який довгі роки працював з онкологічними хворими, проблеми інкурабельних хворих настільки обширні і своєрідні, а допомога — настільки нерозроблена, що потрібно класифікувати їх як окрему групу з організацією особливої служби, здатної надавати їм необхідну комплексну допомогу.

Одна з причин відсутності досліджень, присвячених психологічним питанням термінального хворого, — наш непозбутний страх, містичний жах перед проблемою людського переходу, перед лицем сакральності миті вмирання.

Відомо, що крізь термін завжди проглядає, просвічує смисл. Яка ж глибинна, смислова перспектива слова “термінальний”?

В перекладі з латини “terminus” означає 1) примежовий, межовий знак, пограничний камінь, рубіж; 2) границя, межа, кордон, рубіж; 3) кінець, край, закінчення. В літературі це слово в метафоричному смислі використовується для позначення святості, непорушності. В медицині словом “термінальний” користуються для позначення стадії хвороби з летальним (смертельним) кінцем. Звідси — термінальна ситуація, термінальний етап (фаза), термінальні хворі, термінальний період. У психології цей термін використовується як медичний, власного психологічного статусу у нього немає. Не зустрінете ви у психологічному словнику статті ні про термінальний період, який має і свої глибокі смисли, свої онтологічні задачі, свою змістову наповненість; ні з термінальною, особливо критичною, кризовою, граничною, останньою ситуацією, для якої характерне ноуменальне звучання; ні з описанням термінального стану, який, як нам уявляється, має свою психологічну феноменологію.

У психології цей термін може бути використаний, по-перше, для позначення завершувального періоду у житті людини, такого значного, як і народження, який має свою динаміку переживань і свої спеціальні завдання; по-друге, для позначення термінальної ситуації, унікальної кризової ситуації, наскрізно пройнятої ноуменальним змістом, і, по-третє, для позначення термінального стану, який переживається людиною як “початок кінця”, початок переходу-вмирання. Можна думати, що цей стан має і свою психологічну феноменологію, свій психологічний “візерунок” (“узороглиф” — Б.Кравцов). У багатьох культурах термінальний період життя людини свідчить про побожність, урочистість і значущість моменту, тієї межі, до котрої наблизилася людина в своєму житті.

Істинно віруючі, як нам відомо, до смерті ставилися як до народження у вічне життя, і тому смерть сприймалась ними не як кінець, а як початок (“Скончавшихся, начавшихся, прими, Господи, в свою

жизнь”). Смерть ніколи не виступала як поразка, а лише як перемога, через те, що життя сприймалось як шлях до вічності, увійти до якої можливо лише “через браму смерті”

Людина, як правило, знає (підозрює, передчуває) неминучість свого скону, і його наближення супроводжується цілим рядом психологічних змін, які в термінальній стадії мають вікові забарвлення. У осіб похилого та старечого віку спостерігаються іпохондричні, депресивні стани, посилюється почуття відчуженості, невідворотно наступаючої смерті, що, в свою чергу, неминуче послаблює психологічну стійкість. І навпаки, у хворих молодого віку, з їхніми планами на прийдешню перспективу неминучої смерті внаслідок хвороби найчастіше супроводжується занепокоєнням, острахом, ажитацією, часом суїцидними діями. У подальшому ця криза може змінитися примиренням з неминучістю смерті, повною байдужістю і знеохоченням до оточуючого.

Різноманітність персональних реакцій на неминучість смертельного кінця залежить перш за все від характеру захворювання, особливостей його плину і від індивідуальності. В окремих випадках хворі вкрай змучені тягарем захворювання, нестерпним болем, при даремності лікування часто очікують смерть як порятунок, визволення.

Яка динаміка переживань цього стану? На думку деяких авторів, на початковому етапі (I фаза) хворі схильні відхиляти тяжкість свого стану. Коли ж пересвідчуються в надсерйозності своєї хвороби (II фаза), реагують бурхливим протестом. Третя (III) фаза виявляється для хворого захисною. Хворий намагається виключити фатальне шляхом внутрішнього заперечення — самогіпнозу, щоб довше прожити, щоб не було болів. Четверта (IV) фаза — стан депресії, хворий усвідомлює, що становище його погіршується, вичерпується надія на щасливий кінець. П'ята (V) фаза — примирення зі своїм станом, погодженість з неминучим. Наш досвід спілкування з умираючими свідчить про те, що має місце ще одна фаза — парадоксальна. Вона ніби і утримує в собі елементи попередніх кількох фаз, але переважає в цій фазі рідкісне явище — сходження духу людини. Цю фазу (VI) ми назвали би умовно “кристалізацією духу”. Нам здається, що це явище є тим новоутворенням, яке з'являється у термінальному періоді в житті людини. Для цього стану характерними є, з одного боку, просвітлення, любов до оточуючих, злагода з самим собою, з Богом. З другого боку, — здатність ушляхетнити простір довкола себе.

Не зважаючи на умовність етапів (фаз) термінального стану, вони можуть виступати певними орієнтирами, знаками у вирішенні питання про підготовку хворого до грядущої смерті.

Безумовно, важко собі уявити весь той спектр переживань, які зазнає протягом термінального періоду хворий.” І перш за все — це

страх, — пише у своїй книзі “Приречене життя” Хелена Хашковцева, — він не піддається визначенню, його неможливо точно виміряти. Відомо, що душевний спокій є дуже важливим фактором; досягнути його означає сприяти лікуванню і скрасити час хвороби. Страх невиліковно хворих — це не боязнь хвороби, не боязнь смерті. Це перш за все своєрідний страх за своє життя. Страх за своє життя, якому загрожує хвороба, це дещо цілком інше, аніж страх власного вмирання. Молоді люди і люди середнього віку мають перед собою реальні довготермінові перспективи. Вони достатньо чітко уявляють, чого б прагнули у майбутньому досягти у фаховому чи особистому плані, знають, що усі ми смертні, але ж смерть — це десь далеко, у безкінечності...Навала серйозного захворювання у молодості чи у зрілому віці — це завжди порушення планів, відмова від довготривалої перспективи. Серйозне захворювання для цієї вікової категорії означає неможливість планування майбутнього. Болісні питання “Чому саме я? Невже це може бути? Що трапиться далі? Мене лякає усе, що прийде...”

Термінальний хворий — це людина, яка загубила рівновагу. Вона — за А.Ахматовою — “оглушена шумом внутрішньої тривоги”, внутрішньої бурі, внутрішнього смерчу. Переживання цих страждальців настільки інтенсивні та індивідуальні, що не піддаються описові всьому їхньому обсязі. Термінальний стан — це перш за все переживання нищівного страждання (перетерпювання, болю, немочі, горя, страху, занепокоєння, туги). Прояви цього переживання страждання, його глибина і тяжкість дуже варіативні. Істотною мірою різноманітність відчуттів залежить від самої особистості страдника, його суб’єктивної картини світу, від історії життя, досвіду подолання попередніх кризових станів, від патології захворювання, локалізації внутрішньої картини хвороби, “досвіду переживань і знань”. А також і від міри соціально-психологічного покривдження, від зовнішнього оточення хворого, їхнього ставлення до термінального процесу, занурення (утягненості) у те, що відбувається; інтерпретації термінальних переживань хворого (розуміння — нерозуміння, знання — незнання глибини горя), сили їхньої любові, милосердя і стерпності, довготерпіння, від їхніх власних картин світу. Через усе це в термінальному періоді ми є свідками, “дійовими особами та почасти режисерами” зіткнення, протистоянь систем цінностей (картин світу) усіх осіб, залучених до цієї сумної події.

Коли ми говоримо про внутрішню картину хвороби, то маємо на увазі певний процес відображення психікою хворого своєї недуги. Це поняття ввів у медичну психологію відомий терапевт Р.А.Лурія, включаючи до нього “усе те, що зазнає і переживає хворий, усю масу його відчуттів, не лише локальних болісних (хворобливих), але і загальне самопочуття, його уявлення про свою хворобу, її причини, усе те, що

пов'язано з приходом до лікаря, — весь той внутрішній світ хворого, який створюється з вельми складних сполук сприйняття і відчуттів, емоцій і травм”. Р.А.Лурія вважав, що поведінка та психіка людини змінюються з того моменту, коли вона дізнається про своє захворювання. Він говорив про значення вивчення “внутрішньої картини хвороби” особливо при соматичних захворюваннях.

У структурі внутрішньої картини хвороби виділяють сензитивні та інтелектуальні рівні. Перший утримує в собі усю сукупність хворобливих відчуттів і пов'язаних з ними емоційних станів хворого; другий — знання про хворобу та її раціональну оцінку. Найбільш ефективним методом проникнення в психологічну тканину внутрішньої картини хвороби вважається клінічна бесіда.

Наш досвід спілкування зі смертельно хворими та їх найближчим оточенням переконує в тім, що можна говорити не тільки про внутрішню, але і про зовнішню картину хвороби. Це, за нашою думкою, дві сторони єдиного процесу, і в даному випадку — термінального захворювання, дві взаємозв'язані і діючі одна на одну сторони.

Нам відомо, що саме на рівні тіла (соми) пролягає межа між “Я” та “Світом”. У ситуації смертельного захворювання ця межа виступає складною перепорою, яка нелегко долається, як хворим, так і оточуючими його лікарями, близькими і рідними. Подібно до того як і хворий, “світ” по-своєму психологічно відображає термінальний стан, по-своєму відгукується на внутрішню картину хвороби “Я”. Від відповідного реагування “світу” на перебування в термінальному періоді значною мірою залежать динаміка переживань страждальця, його реагування і на хворобу, і на реакцію “світу”. Це визначає гостроту і силу переживань, можливість їх перетерплювання і подолання. Зовнішнє оточення (світ) у найвищому своєму вияві створює начебто “коло захисту” (буфер, оболонку-атмосферу) — інформаційне, енергетичне і структурове. Хворий у цьому “колі захисту” оточений не лише увагою, турботою і доглядом, але “захист-світ”, приймаючи на себе роль своєрідного донора — оборонця, уберігаючи його, допомагає у подоланні того хаосу переживань, котрий переслідує хворого в ситуації смертної тіні невиліковного захворювання. Проте, рівночасно з цим процесом спостерігається і зворотний — помираючий, підтримуючи оточуючих своєю мужністю, вірою, силою душі і духу ініціює “жити на рівні зі смертю”... І тоді невідомо, хто кого підтримує і хто кому допомагає. Сумісне перебування з людиною “переходу” розширює кордони видимого світу і підносить до усвідомлення позачасових “вічних питань” (сенс буття, смерті, Бога і т.ін.).

Але так буває, на превеликий жаль, не завжди. Достатньо згадати “Смерть Івана Ілліча” Л.М.Толстого, де дуже точно описано стан помираючого. “Головною тортурою Івана Ілліча була брехня, — та

усіма чомусь визнана брехня, що він хворий, а не вмирає... Він же знав, і йому дошкуляла ця брехня... і змушувала його самого брати участь у цій брехні. Він...бачив, що ніхто не хоче навіть розуміти його становище. Один лише Герасим розумів його становище, і тому Івану Іллічу було добре тільки з Герасимом...Івану Іллічу дуже хотілось, щоб його приголубили, поцілували і поплакали б над ним. Він знав, що він статечний чин, що у нього сивина в бороді...але йому все ж таки хотілося цього". Отже, "світ" не завжди переймається станом душі такого хворого, не бере його в орбіту порятунку. Надто часто хворий знаходиться в стані емоційної напруги, емоційного усамітнення, і йому дуже тяжко, бо він облишений, а довкола нього — змова мовчання.

Одна з хворих, Е.Кюблер-Росс, невдовзі перед смертю написала листа медсестрам, що доглядали її: "Я помираю, і я боюся. Ви приходите, міряєте мій кров'яний тиск, і я почуваю, що ви, знаючи, що я скоро вмру, боїтесь, і це робить мій страх ще сильнішим. Ви боїтесь і не знаєте, що робити. Але просто признайтеся, що ви думаете і опікуйтеся мною. Це те, чого ми шукаємо".

Процес взаємин родичів з хворими, за свідченням госпісної служби (Санкт-Петербург), має свою динаміку, що також відбивається на внутрішній картині хвороби.

У першій період зіткнення зі звісткою про діагноз і прогноз невиліковного хворого спостерігається гіперопікування, надтурбота, нерідко нав'язування хворому брехні щодо його стану і перспективи. Однак дуже часто, докладаючи всіх зусиль, у стані дефіцита психічної енергії, капітулюючи у винахідливості "святої брехні" і не дочекавшись "кінця" — дати померти хворому у незнанні — взаємини переходять у режим "відцурання". Ситуація, що вимагає безперервного неослабного напруження психічних сил і вольової праці, "марафону", викликає потребу тікати від неї. Минає якийсь час, і на зміну приходять режим "нейтральних" взаємин. Розум і почуття обов'язку примушують родичів виконувати догляд за хворим, хоча почуття, виснажені нестерпною напругою, витратою душевних і фізичних сил, а також випробуванням роздратованістю, примхами, каверзуванням хворого, начебто перебувають в апатії, поза хворим. Але поступово тісний контакт із хворим під час його обслуговування і догляду виявляє резерви сил, — з'являється модель "партнерства" з поверненням усіх емоційних переживань. Існує (на жаль не часто) ще один різновид типу співробітництва і взаємовідносин — модель жертвовної любові, здатної до повного самовіддання, самозречення, ідентифікації з хворим (Гнездилов А., 1995; Полц А., 1995).

Який спектр переживань хворого у термінальному стані? Перш за все — біль фізичний і психологічний. Це соціальний біль від втрати свого статусу, порушення контактів зі звичним середовищем.

“домівкою”, працею). Біль емоційний (від втрати своєї естетичної привабливості, перспектив на щастя). Біль утрати своїх матеріальних, фінансових можливостей, біль міжперсональний, який проявляється острахом загубити приятель і любов оточуючих. Нарешті, біль духовний, пов’язаний із втратою віри у справедливість, травмування “проклятим” питанням про розлад між розумовою доктриною та життєвою реальністю.”...Здавалося, злу нізвідки було увійти в його життя” (Аверинцев С.С., 1986; Гнездилов А., 1995).

Це — страх — перед лицем хвороби і самотності, безпорадності і залежності від оточуючих, каліцтва, життя на межі смерті. Це також зневіра у свої сили, у рятівну силу близьких, у свою долю. Це сумнів, відчай, депресія, передсмертна туга, подразливість, агресія, що сягає запеклості, якою, як правило, маскується надзвичайна кволість, виснаженість украй. Це загальне тілесне нездужання, нудота, серцебиття, анорексія, кахексія, дегідратація, розлад свідомості та інше. Це стан безнадії і нестерпності, стан невимовного горя. Пекучий біль, страждання в серці, почуття приреченості, чекання невідомого, невинного, безвихідь, самодокора і самосуд, жах — все це постійно присутнє в переживаннях хворого у термінальному стані.

“Якщо казати щось про себе, то гарного мало, людську подобу потрошки гублю: зламався зуб передній і глибокіє дірка, підняти руки для людського учесання неспосібно, і ходжу з кісками непристойними; з чотирьох стін некуди не попадаю (боляче в будь-якому одязі, окрім халату), ночами не сплю від болю, а душа цей урок засвоїти не вміє. Коли болить, думаю лише про біль, а коли відпускає, думаю про розваги (почитати, поплести, поговорити з близькими), — так що виразна безвихідь”, — пише в одному із своїх листів до друзів смертельно хвора М.А.

“Депресивний стан енергетично заганяє у жах. Утворюються енергетичні пробки, внаслідок — тиск в усі сторони, піднімається тривога до нудоти, до болю в серці, до тиску... Дикий хаос...Жахливо деструктивний стан. Якби з хаосу...в порядок...Може бути в цьому порятунк, продуктивність?”... – розповідає про свій стан О.Б.

Відчуття часу-простору в термінальному режимі досить своєрідне і нестійке. У термінальних хворих свої відносини з часом-простором. “Час вийшов із своєї колії”, він то мчить, летить (“так заспішив, що я не можу його наздогнати”), то неначе зникає, “утікає в безодню”, то трапляється “зупинка часу”, то він скручується, вгвинчується в крапку. Для одних існує лише сучасне, для інших — минуле, треті живуть лише майбутнім (“розпався зв’язок часів”). При цьому, це не стільки час подій, скільки час станів, він близький екзистенціальному переживанню “миттєвості-вічності”

Простір — то збільжується, то звужується (“душі тісно в одному тілі з раком”), то розширюється настільки, що хворий відчуває себе підчинкою. Багато хто з хворих починає жити виключно у відтинку індивідуального простору, не виходячи у зовнішній. Нерідко простір ніби згортається (подібно до сувою), зтягується, як час, у крапку. Інколи він розширюється до океанічних розмірів, і хворий почуває, що щезає в ньому.

У термінальному стані різко змінюються рольові життєві установки. Складається враження, що нав'язане ситуацією (долею), лікарями і родичами роль тільки хворого викликає внутрішній протест. І це природно і дуже по-людськи. Бо коли лікар каже, “що помрете від такої-то хвороби, ви всього лише “випадок”, тобто присутні у статистиці і вам просто не пощастило: ви опинилися одним з певного числа випадків, що реєструються... Проте між розгляданням себе в якості статистичної одиниці і сприйняттям своєї долі як чогось особистого і унікального — велика різниця” (Шестов Л., 1992, с.5,16).

З'являються, при чому незалежно від статі і віку, різноманітні рольові позиції — “дитини”, “дорослого”, “батька” (за Є.Берном), а також позиції “жертви”, “тирана”, “вчителя”, “вояка”. Деякі хворі сприймають себе невдахами, убогими, незначними, переможеними (“я здаюся собі шафою, з якої усе винесли”, “програв життя”). На відміну, багато хто у термінальному процесі навчається долати певною мірою свої страждання, знаходячи унікальні смисли, які допомагають зносити суворість термінального періоду, більш того, стати будівничими, організаторами усього внутрішнього та зовнішнього простору, створюючи довкола себе особливий клімат взаємостосунків. Назвемо цей парадокс резонансом внутрішнього і вищого, минулого і перебуваючого. З'являється те, що Кастанеда назвав “бездоганністю помислів, почуттів і рішень”.

Нижче ми спробуємо дати узагальнене бачення основ — причин тих порушень, що мають місце у термінальному стані. Значною мірою це є результатом нескінченних бесід з чудовим психологом блаженної пам'яті Поліною Гончар, життя якої трагічно обірване на півслові. П.Гончар мала “дар прозрівати крізь психологічну тканину”, і тому її допомога в концептуалізації досвіду, її ідеї неоцінені і ні з чим не можуть бути порівняні.

Усі різнопланові симптоми реагування на термінальну ситуацію, як нам видається, є проявом єдиного системного психологічного феномена. Доволі умовно його можна було би назвати “якістю життя”. Відповідно до спостережень, виникає це явище в процесі переходу людини під дією (впливом) смертельного захворювання до іншого режиму активності, до принципово іншої стратегії життєздійснення. Треба вва-

жати, що ця “якість життя” має свою логіку і організацію, відмінну від якості життя людей, що живуть поза межами термінального періоду.

Причиною такого переходу виступає суб’єктивна “картина світу”, яка в процесі переживання термінального стану терпить суттєві зміни (“щось трапилось з оточуючим її — його світом”). Одночасно із зміною картини світу спостерігається порушення структурованості часу — простору, а також гостре переживання “авторства життя”, виникають трансцендентальні теми в психологічній реальності хворого, відбувається “перегляд” життєвих підвалин особистості.

Що ми маємо на увазі, коли говоримо про “картину світу”? Картина світу — центральний ядерний момент — це система уявлень (усвідомлених чи неусвідомлених) особистості про світ, своє місце у ньому, про діючі причинно-наслідкові закономірності і стратегії управління (самоорганізації) своєї життєдіяльності на всіх рівнях — від фізичного до соціального. Цілком зрозуміло, що у кожної людини — своя внутрішня модель зовнішньої реальності.

Отже, картина світу — це неозорий комплекс уявлень людини про світ, як соціальний, так і природний, її уявлення про саму себе. Світосприймання дане людині мовою, вихованням, середовищем, що різними шляхами діють на психіку, особистим досвідом, релігією, наукою, мистецтвом.

На думку деяких вчених, зокрема медієвістів, особистість як така є вмістилищем соціокультурних систем свого часу. За такого розуміння особистість виступає як мікрокосм соціально-культурної системи.

Відбита в свідомості людини картина світу являє собою надзвичайно складне явище. Вона дуже варіативна, мінлива і нестійка. Картина світу може бути пластичною і ригідною, цілісною і фрагментарною, відрізнятися ступенем диференційованості і усвідомлення. Більшість людей, як ми знаємо, характеризується часто-густо дуже невисоким рівнем усвідомлення картини світу, майже несвідомо здійснюючи свої акти поведінки, живучи і діючи начебто “не приходячи до тями”.

Головна функція картини світу — упорядкування інформації про зовнішній і внутрішній світ суб’єкта, про процеси цього світу, а також організація поведінки на всіх рівнях прогнозування, антиципації, когнитивної регуляції діяльності.

Центральний механізм функціонування картини світу як моделі зовнішньої та внутрішньої реальності — вірогіднісна (можлива, правдоподібна) організація і впорядкування досвіду. Дія картини світу розповсюджується на дуже широкий спектр активності людини — від елементарних настроювальних актів сприйняття до глобальних життєвих виборів і рішень.

Архітектоніка (структура і зміст) картини світу значною мірою визначаються домінантами в свідомості людини. Як зазначав А.А.Ухтомський, які домінанти людини, таке й її інтегральне уявлення світу, картина світу, така її поведінка, такі щастя і нещастя, таке її обличчя для іншого і установка на особу іншого.

Одночасно зі зміною картини світу і взаємопов'язано з цим процесом відбувається процес зміни соціальних позицій суб'єкта (соціальний простір) — перехід до соціальної безструктурності — позиції людини без будь-якої позитивної соціальної ідентичності. Багато дослідників, які працювали зі смертельно хворими, характеризують цей фактор як надзвичайний, що значно погіршує стан хворого, травмує його (Саймонтон К., Саймонтон С., Досталова О., Гоулер Я. і др.). “Він був людиною суспільства, родини, життя, а тепер раптом настала смерть, і йому ніхто не може допомогти”, — пише о. А.Сурожський.

Таким чином, відразу змінюються усі основні системи організації структурування життя суб'єкта — порядок і структура випадають із внутрішнього життя і з зовнішньої організації. Приходить зовнішня і внутрішня безструктурність і невизначеність. Можливість прогнозування і керування життям зникає, відбувається втрата упевненості у тому, що ти є автором свого життя. Набувається досвід самотності, приниження, богозалишеності.

Руйнація картини світу і означає порушення та непередбачене за наслідками нищення основних кодів, основних систем, в яких упорядковуються всі життєві процеси людини. У найбільш тяжких випадках порушення картини світу супроводжується нерідко зі зміною життєвого простору, втратою “домівки”, звичного, опанованого, окультуреного простору,” виходом” у зовнішній простір, не заповнений для суб'єкта, не позначений “чуттєвою тканиною” життєвих подій особистості. Це фактично втрата особистісної ідентичності.

Освоєння нового простору вимагає зусиль і напруги і само по собі є вкрай енергомістким і психологічно небезпечним процесом. Етнографії відомі випадки, коли зміна лише просторового способу структурування людей вела до деструкції всіх соціальних і економічних зв'язків та ієрархій (Тернер В, Леві-Стросс К. та ін.).

У психологічних дослідженнях часу загальноновизнаною є концепція подій особистісного часу, смисл якої полягає в тому, що час сприймається особистістю залежно від його насиченості подіями і від того смислу, який усі ці події мають для основних цілей людського життя. Психологічна ситуація, пов'язана зі смертельним захворюванням, веде до переживання часу, який “вийшов зі своєї рами” (Шенкер В.), до відчуття розпаду єдиного тексту життя до втрати самоідентичності у часі. Особистісний простір-час утворює якесь єдине мереживо структурування життя, систему координат — хронотоп осо-

бистості (*Бахтін М.М.*). Життя завжди розгортається в особистісному хронотопі, і гостра (різка), зовнішньо зумовлена руйнація хронотопу призводить до втрати основ людського життя.

Однією з суттєвих рис розладу головних підвалин звичних категорій, порядку і закономірностей сприйняття є вирівнювання вірогіднісної структури мислення, сприйняття, пам'яті, уваги і т.п., перехід наче б у випадковий режим бачення. Один із доказів того — велика кількість розладів на початковому етапі проходження через “інформаційну кризу” тяжкого захворювання за невротичним типом. Потім відбувається наче входження у нову реальність — відбувається “розкодування” смислів.

Існують дані про порушення вищих психічних функцій, та вони констатують лише факт патології, факт деструкції, не розкриваючи характеру цієї патології. За думкою Поліни Гончар, ці порушення суворо визначеного порядку. Порушення саме довільної пам'яті, пов'язаної з ієрархією смислів особистості, з вірогідним упорядкуванням досвіду; те ж саме стосовно уваги, мислення, мови — “за принципом лакун” — якісь теми табуйовані, якісь, навпаки, домінують у розмові, специфічні (мовні) побудови, що не трапляються у нормальному стані — також за невротичним типом. Якщо це дійсно так, вважала П.Гончар, то ці порушення можуть бути зворотними і скоригованими внаслідок психокорекційної роботи психолога, спрямованої лише на формування (вирівнювання) картини світу як ієрархії смислів і значень.

Стан соціальної і когнітивної безструктурності достатньо добре описаний у соціологічній (етнографічній) літературі. Там він визначається поняттям лімінальності (*Тэрнер В.*). У психології з цим явищем болісно і багато працювала П.Гончар, дошукуючись природи неврозу.

Проявлення лімінальності (лімінал — людина переходу, порогу, межі) неодмінно включає цілий ряд ознак, серед яких головні — фізична слабкість, хворобливість, виснаженість, відсутність певної позиції у градації соціальної ієрархії (відсутність будь-якого соціального статусу), нещасливі, невдалі любовні взаємини, своєрідне інтуїтивно-індуктивне мислення, присутність теми смерті як суттєвої. “Лімінальні істоти, — пише В.Тернер, — ні тут, ні там, ні те, ні се, вони в щілинах і проміжках. Їхні амбівалентні властивості виявляються великою різноманітністю символів, і лімінальність часто уподібнюється до смерті, утробного існування, непоказовості, темряви, середньої статі, пустелі, затемнення Сонця і Місяця” (*Тэрнер В.*, 1983, с.81).

Лімінальність є начебто антистратегією життя відносно “структурних” людей, що складають структуру суспільства. ін.).

Можна припустити, вочевидь, що лімінали як люди переходу — за І.Пригожиним — являють собою неврівноважену систему. Лімінальність — стан переходу і кризи. Це якість життя певних верств

соціуму, але одночасно — це властивість перехідних періодів житті будь-якого члена суспільства (підлітково-юнацький період, клімактеричний, термінальний та Умовою лімінальності є деструкція картини світу і пов'язане з цим процесом перебування в стані змістової і семантичної неупорядкованості і хаосу. Цей стан розв'язується або:

а) зниженням рівня організації системи, і тоді йому відповідає напіввипадкова (фрагментарна) картина світу, тобто життя в неупорядкованому середовищі — перехід до стратегії виграшу (лише підкріплені реакції, ситуативне реагування і т.ін.); або

б) формуванням нової картини світу, і в цьому випадку вона мусить бути лише картиною більш високого рівня складності і впорядкованості, що включає і новий досвід особистості, і ті нові смисли, які цей досвід утримує.

У першому випадку ми маємо справу з деградацією свідомості, з регресією, із звуженням спектру поведінки і стану соціальної смерті як головного системоутворюючого фактора якості життя. У другому — з розширенням свідомості, із зростанням поведінки реагування.

Всі представлені вище особливості реагування на термінальний стан складають унікальну психологічну тканину переживань, вимагаючи застосування особливих методів психологічної підтримки. Термінальний хворий перебуває у лімінальному стані, бо є людиною межі, стоїть над прірвою, на порозі загибелі. Тому йому необхідно допомагати шукати порятунку, опори, які лежать над прірвою-границею, вище життя.

Психологічна підтримка в термінальному періоді

Як поводитися біля ліжка вмираючого, як спілкуватися із смертельно хворою людиною? Якою може бути психологічна підтримка в термінальному періоді? Немає сумніву, що задача це надзвичайно складна. Чи треба явно приреченій людині, що страждає, яка чекає на чудо спасіння, подавати нездійсненну надію на одужання? Чи слід вдаватися до “неправди заради спасіння”? Однозначної відповіді тут немає і не може бути.

Дозволимо собі послатися на думку практикуючого лікаря з 50-річним стажем роботи. Виходячи з свого особистого досвіду Л.В.Лозинська вважає, що це питання мусить вирішуватись дуже обережно, відповідально і суто індивідуально. Так, наприклад, якщо під дією знеболюючих, тонізуючих, загальнопідсилюючих засобів в якійсь період у хворого з'являється надія на одужання, то можливо, і виправдани підтримка надії “ложь во спасение” і розрада (утішання) типу “Ви одужаєте, дасть Бог”, “Вас намагатимуться вилікувати”. Бо ж сама впевненість у щасливому кінці також є фактором, що покращує перебіг

хвороби. І навпаки, коли в термінальному періоді хворий тяжко потерпає від лютого болю, від функціональних страшних відчуттів (голоду, дискомфорту, неможливості випорожнитися, поміняти позу і т.п.), то обіцянки поліпшення, порятунку від страждань, які неможливо здійснити, можуть звучати насмішкою. У подібній ситуації лише ласка, увага, тихе співчуття, звернення до молитви — це те єдине, що нам залишається. Дуже важливим є ретельний фізичний догляд, чистота утримання, щоб ганьба вмирання в бруді не обтяжувала стану хворого. Бажані тихі бесіди, намагання вмиротворення, зняття ажитації, хвилювання, розлючення, страху, у сполученні з психіатричною допомогою.

Чому з цього питання — чи треба попереджати хворого про смерть, що наближається — треба починати? Тому що від його розв'язання залежать способи і стратегії психологічної допомоги.

Неправда про діагноз і прогноз, як свідчить клініка, обтяжує вмирання. Споконвічно в книгах про смерть, що передають ті чи інші традиції Єгипту, Індії, Тибету, православ'я, підкреслювалося, що смертельно хворі мають покидати цей світ в ясній свідомості, в розумінні того, що з ними відбувається. Однак, не дивлячись на те, що в наші часи “правда про діагноз і прогноз” переглядається, тим не менше все ще довкола смертельно хворого існує змова мовчання. У результаті хворому відводиться найтяжча роль — бути самотнім в'язнем камери-одиночки.

Ми забуваємо, що у хворого в період умирання особливо загострюються всі відчуття, — тому неправду (фальш) він відчуває швидше, ніж будь-хто інший. За думкою хворих, піти зі світу з почуттям самотини в оточенні близьких набагато тяжче, аніж лишитися сам-на-сам зі смертю. Неправда споруджує, зводить стіну недовіри, позбавляє усіх, хто включений у процес, останнього прощання і пробачення. Для тих, хто залишається, як і для тих, хто відходить, при такому підході до термінального етапу втрачається можливість і необхідність психологічно підготуватись до переходу, до смерті. Кінець кінцем виникає нова проблема, яку ми назвали би “надто пізно”. Надто пізно щось виправити, надто пізно сказати ті самі головні слова, які лишилися невисказаними, надто пізно зробити той головний рух душі, який означав би наше любовне ставлення. Надто пізно. Ф.М.Достоевський у “Братах Карамазових”, міркуючи про пекло, говорить, що пекло можна виразити двома словами: “Надто пізно”.

Наведемо приклад із особистих спогадів митрополита Антонія Сурожського про смерть матері, яка була онкологічною хворою.

“Моя матінка три роки вмирала від раку. Її оперували, але не успішно. Лікар сказав мені про це і додав: “Але, безумовно, Ви нічого не скажете своїй матері”. Я відповів: “Безумовно, скажу”. І сказав.

Пам'ятаю, я прийшов до неї і сказав, що лікар телефонував і сповістив, що операція не вдалася. Ми помовчали, а потім моя матінка тихо сказала: "Тобто я помру". І я відповів: "Так". І потім ми залишились разом удвох у повному мовчанні, спілкуючись без слів. Мені здається, ми нічого не "обмірковували". Ми стояли перед лицем чогось, що увійшло в наше життя і все в ньому перевернуло. Це не була примара, це не було страхіття. Це було щось остаточне, що нам треба було зустріти, ще не знаючи, чим воно скінчиться. Ми залишались разом і в повному мовчанні так довго, як того вимагали наші почуття.

Але в результаті сталися дві речі. Одна — та, що у жодний момент моя матінка і я сам не були замуровані в неправду, не повинні були грати, не залишились без допомоги. Ніколи мені не треба було заходити до кімнати матері з посмішкою, в якій була би брехня чи неправдиві слова. Ні в який момент нам не треба було удавати, що буцімто життя перемагає, буцімто смерть, хвороба відступають, буцімто становище краще, ніж є насправді, коли ми удвох знаємо, що це неправда. Ні в який момент ми не були позбавлені взаємної підтримки. Були моменти, коли моя мати відчувала, що має потребу у допомозі, тоді вона кликала мене; я приходив, і ми розмовляли про її смерть, про мою самотність. Вона глибоко любила життя. За кілька днів до смерті вона сказала, що готова страждати ще 150 років, тільки би жити. Вона любила красу весни, що йшла, вона дорожила нашими взаєминами. Вона тужила про нашу розлуку...

Траплялось, в інші моменти мені був нестерпний біль розлуки, тоді я приходив, і ми розмовляли про це, і матінка підтримувала мене і втішала про свою смерть. Наші взаємини були глибокі і ширі, в них не було брехні, і тому вони могли містити всю правду до глибини.

І, крім того, була ще одна сторона... Тому що смерть була поруч, тому що смерть могла прийти в будь-яку мить, — тоді вже пізно буде щось поправляти, — і слід було в будь-яку мить виявляти якомога ліпше, досконаліше і повніше благоговіння та любов, котрими були сповнені наші стосунки.

Тільки смерть може наповнити величчю та сенсом все, що здається дрібним і незначним. Як ти подаєш чашку чаю на підносі, яким рухом поправляєш подушки за спиною хворого — все це може стати виразом глибини стосунків. Якщо прозвучала фальшива нота, якщо з'явилась тріщина, якщо щось негаразд, це треба негайно виправити, тому що є безсумнівна впевненість, що згодом може бути надто пізно. І це також ставить нас перед лицем правди життя з такою гостротою і ясністю, яких не може дати ніщо інше" (м. Сурожський А., 1995, с.65-67).

Чим повчальний для нас цей сюжет? По-перше, говорить про смерть найближчий. Не лікар, не медсестра. Коли ми вимовляємо "найближчий", то маємо на увазі, що це може бути чоловік, дружина,

брат, сестра, друг, лише обов'язково близька споріднена душа. Та людина, яка буде біля хворого майже весь час. Найближчий — це рідний, глибоко співчуваючий, той, хто зуміє сказати, хто відчує як сказати і коли, бо не кожен може повідомити людину, оголосити “вирок”, і не кожен готовий до того, щоб його вислухати. Іноді доводиться поступово готувати людину до цієї вбивчої звістки. Повідомляти про смерть хворому можна лише тоді, коли він підготовлений. І тут може придатися знання фаз реагування і глибина віри. “Коли людина тобі каже: “Я відчуваю, що вмираю”, можна їй відповісти: “Знаєш, ми всі під Богом ходимо. Зараз ні, ти не вмираєш, але, можливо, попереду смерть...” Але наша любов міцніше за усяку смерть...” Або ще що-небудь інше, залежно від того, з ким розмовляєш...”

При цьому, з нашої точки зору, треба завжди пам'ятати, що строки визначаємо не ми, не ми пишемо “книгу приречень”, і через те наше завдання — жити всупереч, жити повноцінним життям перед лицем смерті, дивлячись їй в обличчя, всупереч їй, з вірою, що наші відносини не можуть вмерти. І з надією на “долю”, яка передбачає і “милість” — “благодать”.

По-друге, той, хто говорить, не зникає зразу (не виходить), не залишає хворого сам на сам з суворою звісткою. Він сидить і перебуває з людиною на глибині її горя до тих пір, “доки щось розв'язалось внутрішньо”. “Коли скорбота стала загальною, коли любов перемогла, коли надія на якийсь строк часу в руках, — тоді можна піти. Але до цього треба повертатися” (м. Сурожський А., 1995, с. 24, 25). Іншими словами, треба вміти побути, часто в повному мовчанні, “яке саме — присутність”, в мовчанні такої відкритості і глибини, що й слова; горювати разом, плакати, якщо плачеться.

Цінність переживання вимірюється в кінцевому рахунку його здатністю перетворення життя і наших стосунків. Цьому також вчить нас о. Антоній Сурожський.

Немає необхідності нагадувати про те, що психологічна підтримка, яка надається в термінальному періоді, — неймовірно складний процес. З одного боку, вона ставить до професійної майстерності фахівця дуже високі вимоги. І не тільки до його досвіду знань і вмінь. Той, хто надає такого виду психологічну підтримку, мусить володіти досвідом власного подолання кризових ситуацій, мати певну позицію відносно такого явища, як смерть, мати хист інтуїції та милосердя. З другого боку, треба бути готовим до того, що психологічна підтримка в цьому періоді здійснюється, як правило, за вкрай несприятливих і непередбачених умов, пронизаних глибоко песимістичними настроями. І психологу, як і лікареві, постійно доводиться стикатися з хворобливими емоціями, з усім спектром тяжких проблем термінального періоду. Це в свою чергу вимагає від фахівця колосальної психологічної і фізичної

витривалості, здатності заглянути в очі стражданню. І тим не менше, співстраждаючи, вийти на такий рівень надання душевної допомоги людині, коли стає можливою — за Ф.Василюком — “духовна сублимація скорботи”.

Є цілком особливий різновид допомоги, який буває потрібним душі людини в кінці її земного життя. І її може здійснити лише священник в таїнах соборування, сповіді і причастя. І це питання також не може стояти поза увагою усієї групи підтримки.

Клінічна практика показує, що стан невиліковно хворих і близького оточення є до такої міри емоційно напруженим, що з усіх методів психологічного консультування найбільш доцільним і ефективним в цьому періоді виступає бесіда — індивідуальна, настановча. Саме в бесіді є можливість обговорення страхів і жахів термінального стану, для обміркування (рефлексії) складних найголовніших життєвих тем, міжособистісних труднощів і глибоко схованих інтимних проблем, з якими зтикаються в цей період всі свідки і співучасники трагічних переживань. В бесіді як акті взаємодії є і глибокий пізнавальний пласт — тут може відкритися, що саме є людина перед лицем смерті, на порозі життя і смерті, як вона живе в цьому світі, вмирає і єднається з собою подібними в катастрофічних ситуаціях. В бесіді нам трохи відкривається таїна людського подолання страждання.

Коли співбесідники дійсно розмовляють про щось важливе, істотне, коли бесіда не є простим обміном “словесними механізмами”, тоді відбувається цікаве явище. Психологічну витонченість цього моменту зафіксував Хосе Ортега-і-Гассет в есеї “Пишність і убогість перекладу”: “В ході бесіди особистість кожного поступово подвоюється: одна її половина спрямована на те, що говориться, і бере участь в бесіді; одночасно як друга, яку тема розмови притягує, як змія птаха, все глибше занурюється в свої думки і поринає в роздуми про предмет. Розмовляючи, ми жиємо суспільно, громадою, думаючи — ми залишаємось одні. Та справа в тому, що в подібних розмовах ми рівночасно займаємось і тим, і другим, і чим далі, тим більше, з майже драматичним почуттям. Ми прислуховуємось до того, що говориться і рівночасно занурюємось у безодні самотності нашої медитації. Це зростаюче роздвоєння не може постійно зберігати рівновагу. Тому подібні розмови нерідко несподівано уриваються, запановує глибока тиша. Кожен співбесідник заглиблений в себе”.

Мова наша, певно, складається і з мовчання. І може статись, саме в цей момент відбувається “таїна щирих визнань”, момент істини. В психологічному просторі розмови, треба сподіватись, дуже важливо відчутти момент високої ноти, коли відступають слова і наступає час глибокого, зібраного мовчання.

Мовчання дає нам новий погляд на все. Ми потребуємо мовчання. “Постав, о Господи, устам моїм сторожу, до дверей губ моїх варту!” — промовляє до нас Святе Письмо (Пс.141-140).

Бесіда є одним з основних методів пізнання психологічної реальності в процесі розмовного спілкування. Цей метод має свої незаперечні переваги: динамічність, інтимність, які сприяють високому ступеню відкритості та ширості її учасників. Бесіда, назагал, ведеться невимушено і передбачає взаємну доброзичливість, такт, довіру і відсутність сторонніх осіб. Проте і цей метод має свої вади.

Як вельми відповідальний і тонкий інструментарій, бесіда вимагає від консультанта високої рухливості та чуйної рецепції (О.Ухтомський), особливо “над бар’срами” нерозуміння. Вона передбачає високу майстерність, сутність якої полягає насамперед в усвідомленні того, що існує таїна взаємної дистанції, яку поет Рільке назвав “обачністю людського жесту”.

Створення відповідної мотивації у людини, що звернулася за допомогою-підтримкою, здійснення емпатійної взаємодії під час співбесіди — усе це може створити умови для висвітлення важливого психологічного матеріалу, який стає предметом аналізу і взаємообміркування.

Безумовно, успішність бесіди багато в чому залежить від благодатної миті, від настрою самих учасників діалогу, від стану їхньої прихильності. Але в цьому вигляді єднання маємо ще один чудовий момент — чисто людський — збагачення душевними надбаннями, мудрістю і досвідом, які накопичувались роками напруженого життя кожним з учасників діалогу. Якщо такий взаємообмін стався, ми кажемо, що “зустріч відбулася”.

Згідно з емпіричною психологією, між консультантом та пацієнтом набагато продуктивнішими є взаємини рівноправного діалогу двох людей, один з яких володіє (імовірно) більшим досвідом, а другий (імовірно) більшими можливостями, які потребують “акту надбання сенсу”. Припустімося думки, що лише в цьому випадку виникає позитивний емоційний контакт, довіра і взаєморозуміння — виникає сюжет “зустріч відбулася”.

Не завжди протягом однієї бесіди вдається з’ясувати усі питання, що допомагають розібратись у відтінках та нюансах картини світу суб’єкта. У такому випадку виникає необхідність більш глибокого проникнення у систему смислів, спрямованість прагнень, систему стосунків і т.п., тобто доводиться провалити серію бесід — уточнюючих, спеціалізованих (з участю фахівців-лікарів, а також близьких), зустрічних бесід з усіма значущими для хворого особами. Йдеться про оптимальну для хворого життєву стратегію.

Бесіда як взаємодія нерідко розглядається і як акт реконструювання відмінних змістових елементів, певного переструктурування вихідного матеріалу, який супроводжується, подібно дослідницькій діяльності, висуванням гіпотез, планів, схем, інакше кажучи — певного обсягу заходів, які дозволяють пацієнтові концептуалізувати розуміння свого стану і свого вибору відповідного реагування, відповідної стратегії поведінки в ситуації, яка провокує кризовий стан. У результаті дуже часто бесіда стає для пацієнта приводом для усвідомлення своїх поглядів і уявлень таким чином, який досі йому був невідомий і недосяжний. По суті, мова йде про розширення свідомості, про зміну світосприймання.

Належить мати на увазі, що бесіда є найбільш індивідуальним методом, менш за все підлеглим схематизації та загальним правилам. Її дуже важко програмувати заздалегідь, бо композиція і здійснення бесіди залежать від безлічі моментів: від характеру емоційного відгуку, що виникає при першому контакті, від психологічної сумісності її учасників, від вміння консультанта ненав'язливо пропонувати прості дружні стосунки, "заслуживши співбесідника" (О.Ухтомський), від здатності створити клімат максимального психологічного комфорту і довіри-прийняття, що допомагають будувати діалог на свідомій співучасті як однієї, так і другої сторони.

"... Щоби так підійти до людини, потрібна величезна внутрішня добродієність, треба бути в стані подивитися на людину, як на ікону... Тобто молитовно, благоговійно, чуйно, смиренно, тремтливо і дослуховуючись з усіх сил до того, що в людині є (що вона може сама сказати), але й до того, що Дух Святий в ній вершить. Внутрішня тиша... здатність зустріти людину на якійсь глибині дуже важливі... — навчає нас А.Суроожський (1995, с.10).

І як би досконало не була підготовлена бесіда, вона на відміну від інших методів не може уникнути деякої імпровізації через те, що, як тонко підмітив К.Юнг, кожний випадок диктує свою терапію, тому що рішення проблеми завжди індивідуальне. Для кожного пацієнта необхідно знаходити особливу мову.

Та який би характер не прийняла бесіда, її надзавдання полягає в тому, щоб допомогти пацієнтові здійснити саморозуміння і на його основі забезпечити реалістичне і по можливості раціональне планування життя в режимі кризи (вибір, рішення, здійснення). По суті, основна мета психологічної підтримки зводиться до того, щоб забезпечити хворих, які звернулися за допомогою, внутрішніми засобами смислової регуляції, саморегуляції, тобто піднести рівень організованості суб'єктивної картини світу, допомогти формуванню позитивних стратегій смислоутворення, деструкції надмірно негативних способів світосприймання...

Бесіда, як достеменно визначив її сутність М.М.Бахтін, — є діалогове проникнення в незавершене ядро (сутність) особистості. У психотерапевтичній реальності ми завжди зустрічаємось з особистістю незавершеною, і кожне явище в ній перебуває в процесі розвинення. Через це наші припущення і передбачення про її майбутнє самозрушення можуть бути лише оптимістичними. Слід зауважити, що з таким явищем, як “передбачення”, належить поводитися вкрай виважено і обережно.

Цілком справедливо з приводу прогнозу (передбачення) в психологічній взаємодії писала П.С.Гончар. “Звичайно прогноз... розуміється як зовсім просте, “прозоре” явище, що не несе в собі ніяких додаткових смислів і змісту. Для переважного числа консультантів прогноз — це обґрунтований висновок, що однозначно диктується об’єктивними діагностичними даними, форма, в якій здійснюється інформування... суб’єкта про його можливості. А між тим прогноз в реальних людських взаємодіях являє собою не просто екстраполяцію на майбутнє результатів сьогочасних спостережень, але і реальне втручання в це майбутнє, фактор, що організує і направляє активність людини. В крайніх випадках це “ефект пророцтва, що самореалізується” (Берн Е., Хекхаузен Х., Пузирей В. та ін.), — коли якийсь отриманий прогноз несвідомо реалізується суб’єктом, керує його діяльністю як неодмінна для виконання програма... Можна припустити, що прогностична взаємодія не є проста і очевидна, але може бути віднесена до найскладніших феноменів за структурою і механізмами, за тими функціями, які вона виконує в загальному контурі життереалізації особистості” (Гончар П., 1993, с.2).

Норман Казінс, в минулому невиліковно хворий, що застосував у процесі боротьби за життя сміхотерапію, в книзі “Анатомія хвороби”, написаній після одужання, зауважує, що навіть найдосконаліші медичні експерти насправді не знають достатньо, щоб приректи людину на нерухомість і смерть. Тому ті, хто займаються лікуванням, мусять бути дуже пильними, уважними до пацієнтів: бо ж ті можуть повірити їхнім прогнозам, а це стане початком кінця. Пророцтво, як ми вже знаємо, може самореалізуватися. Ніколи не треба забувати про те, що життя і смерть мають в собі діалектику. І тому передбачають творчу імпровізацію.

Протягом бесіди більш конструктивним видається направити зусилля на пошук глибинних смислів, що сприяють створенню у суб’єкта установки на плідне розвинення тих рис особистості, які могли б стати опорами в протистоянні кризовому стану. Більш того, в термінальному періоді необхідно прагнути того, щоб в акті взаємодії здійснити прорив до сенсу страждання, до ефекту “простір заголосив”. І тоді можливо говорити не стільки про подолання страждання, скільки

про осягнення його глибинного смислу. Останнє, якщо воно відбувається, породжує упокорення (сумісне), що вже само собою є спасінням від небезпеки, її подоланням...

Нам відомо, що це можливо, але лише за умови, що людина бере відповідальність за свою долю, а значить і за свої вибори, авторські рішення, дії, вчинки, за своє життя і смерть. Це вимагає неймовірного енергетичного забезпечення, безперервних зусиль і напруженої праці розуму, душі і духу. Під час переживання термінального кризового стану людина постійно відчуває енергетичний дефіцит. І саме через це так багато важить не просто психологічна допомога, а спеціальна діяльність "групи підтримки" (інформаційної, енергетичної, психологічної, духовної), куди входять не тільки медики, психологи, священники, але перш за все найближче оточення страдника.

Але в термінальному періоді є ще один тонкий момент, який не можна не враховувати. Як "людина долі", смертельно хворий живе в режимі постійної битви волі з долею. Його психологічний простір наскрізь пройнятий боротьбою Ероса і Танатоса, хаосу і порядку, ірраціонального і раціонального. Тому виникають особливі стосунки і нетривіальні фільтри взаємодії з оточуючим світом. Виключність "поля боротьби волі з долею" відчув Д. Чижевський. Розмірковуючи над темою філософії історії, він писав про те, що в історії людства є такі ірраціональні явища, з якими треба рахуватись.

"Долю не можна обійти або підманути, але в ній треба шукати вищого і світлішого — не в презирливому нехтуванні нею... Бувають побіди над "долею". Це буває. Але — це зміна долі на користь борця — ірраціональне, несподіване, вище за людську волю, як і сама доля. Ніякими напруженнями волі, індивідуальної чи колективної, цього не досягнути. Цю зміну долі варто за теологічним терміном... назвати милостю... або, як добре казали у старовину, — благодаттю... Доля завше є жорстока і сувора. Бо в ній незмінність, залізна необхідність або ліпше безвихідність. І щастя особисте... є жорстока і трагічна доля...

Натомість — благодать змінює невблаганне, хитає постійне, відкриває нові перспективи, інші можливості. Тому кожному зміні долі треба бажати благодаттю. В новому новим розцвіте душа людини.

І благодать, як і доля — надлюдське від індивідуальної волі... Тому — не радісний оптимізм у боротьбі з долею, а високий трагізм — є правдиве відношення... Не бажання побіждає, а благодать... Вона є силою, що розбиває, прориває тісне коло...необхідності... Це "прорив" — за Тіліхом говорячи — не є певний. Його можна чекати, його сподіватися, на нього надіятися, але ніколи не знати. Тому в боротьбі з долею є велика надія, але й велика небезпека. Як не побіда, то загибель, як не перемога, то смерть. Трагічним духом віє на полі боротьби з до-

лею...приймавши трагічний погляд... можливо боротись лише під ударом незалежної від людини благодаті” (Чижевський Д., 1997, с.91-98).

Відомо, що психіка належить до найінтимніших таємниць життя. Особливо гостро це відчуваєш у термінальному періоді, надаючи психологічну допомогу хворому та його близьким. Умирання і смерть, як і життя, надзвичайно індивідуальні і завжди для нас — таїна. Через це тут нема і не може бути загальних рішень для всіх. Кожен випадок — своя мова і своя терапія. Є проблеми, розв’язати які не в нашій владі. Наприклад, медичні, усунення фізичного болю, соціально-економічні, які обтяжливо лягають на плечі хворого і його близьких. Це і проблеми совісті, які можуть бути розв’язані через примирення і таїну покаяння. Трапляється, що це проблема самого хворого, який з невідомих нам глибоко інтимних переживань відмовляється від підтримки. В турбульоні кризової ситуації і самі ми відчуваємо збентеження, замішання, невпевненість. Що ми можемо в цьому випадку робити? Перш за все постаратися оволодіти собою. Помічним є звернення до молитви (“живий магічний кристал”). Брати участь в тому, що відбувається, співбути присутнім, епіцентром душі з помираючим. І в цьому єднанні виробляти своє власне ставлення до смерті. Коли віра органічно притаманна людині (не формальна), то це, звичайно опора для духовної допомоги за вищим алгоритмом.

Перед нами повинна бути ціль — всю толерантність, терпіння, любов вкласти в кожну мить спілкування з помираючим. Кожний день — як останній. Дати хворій людині відчути, що ми готові стояти з нею в її стражданні до кінця, з надією і вірою на подолання страждань. Це передбачає відкриті, чесні стосунки, тому що тільки в цьому випадку хворий може довіряти.

Які завдання ми можемо спробувати розв’язати в процесі психологічної підтримки хворого та його родичів?

1. Допомогти вибити свій страх, свій жах, допомогти подолати шок, викликаний невиліковністю; зменшити занепокоєння, побивання, тривогу, депресію і інші психіатричні симптоми; поліпшити ментальне відношення до тяжкої хвороби шляхом позитивної боротьби духу; розвинути почуття контролю над життям і почуття активної участі в процесі подолання страждання.

2. Помогти усвідомити свою внутрішню і зовнішню картину хвороби; обміркувати свою особисту історію, ввести її в контекст історії роду; зрозуміти свою суб’єктивну картину світу.

3. На основі своїх внутрішніх і зовнішніх можливостей, проаналізувавши інформаційний пласт, прийняти відповідне рішення відносно “якості життя” в термінальній ситуації (продумати структуру, організацію простору-часу, свої позиції, енергетичне забезпечення).

Подати надію тим, хто близький до відчаю, і підбадьорити тих, хто перебуває в полоні темного, сліпого страху, — це те, що ми мусимо постаратися зробити.

(Це як в молитві св.Францізька Ассізького про дух апостольства: “Господи, зроби мене зняряддям Твоєї благодаті, / Дозволь мені нести любов, де панує ненависть, / Дозволь мені нести порозуміння, де існує непорозуміння, / Дозволь мені нести згоду, де панує незгода, / Дозволь мені нести віру, де панує безвір'я, / Дозволь мені нести правду, де панує збочення, / Дозволь мені нести надію, де панує розпач, / Дозволь мені нести світло, де панує пільма, / Дозволь мені нести радість, де панує смуток. / Господи, дозволь мені не стільки шукати втіхи, скільки утішати, / Не стільки шукати зрозуміння, скільки розуміти / Не стільки шукати любові, скільки любити. / Коли перепадає, передавати іншим / Пробачаючи, отримуємо пробачення, / Умираючи, воскресемо до нового життя”).

Конче необхідно також:

1. Підтримати родину в стресовій ситуації, зв'язаній з появою невиліковно хворого.

2. Допомогти родині усвідомити складності міжособистісних стосунків в граничній ситуації і постаратися виробити відповідну програму підтримки для конкретної сім'ї в конкретних обставинах — усвідомити внутрішні засоби смислової саморегуляції, піднести рівень організованості простору і часу, життєсередовища хворого, продумати смислові способи поліпшення, піднесення якості життя хворого та його оточення.

Надзавдання при цьому пам'ятати — потрясіння неминучі і до них треба бути підготовленими. А це означає, що необхідно на ходу вчитися (дослухатися свого внутрішнього голосу) і направляти енергію потрясінь у позитивне річище. Роботу бажано будувати на основі пропонуваного І.Кантом конструктивного підходу до життя: 1) що я можу знати? 2) що я мушу робити? 3) на що я можу сподіватися?

Досвід індивідуальної роботи з хворими показує, що стратегії взаємодії можуть ґрунтуватися на знанні фаз динаміки термінального стану та її зміщення.

Бажано не заважати хворому пройти стадію заперечення (відкинутості). Ініціатива в спілкуванні має належати хворому. Часто заперечення приховує небажання серйозно підійти до проблеми життя і смерті. Треба зробити спробу попрацювати з цим механізмом. Необхідно в бесіді дати усвідомити те, що трапилось, і неодмінно посіяти надію і довіру. Поступово, коли в ході подій знизився рівень амбівалентності (бінарності), почати допомагати пошуку смислу.

Отець Антоній Блюм згадує про зустріч з хворим, у якого обстеженням виявили неоперабельний, невиліковний рак. Він провідав

цього хворого. Не знаючи про свій діагноз, хворий розповів йому про те, що ще дуже багато треба зробити в житті, а лікарі не сповіщають, скільки часу триватиме його перебування у шпиталі. На це о.А.Блюм йому відповів: "Скільки разів Ви казали мені, що мрієте про можливість зупинити час, так щоб можна було бути, замість того, щоб діяти — робити. Ви ніколи цього не зробили. Бог зробив це за Вас. Настав Вам час бути. Сповнений подиву хворий спитав: "Але як це зробити?" І тоді о. А. Блюм розповів йому, що недуга і смерть залежать не лише від фізичних причин, а також від того, що можна назвати негативними почуттями і думками, від усього, що підриває внутрішню силу життя в нас, не дає життю вільно виливатися чистим потоком. О. Антоній пропонував хворому розв'язати не лише зовнішньо, але й внутрішньо все, що в його взаємостосунках з людьми і з самим собою, з обставинами життя було "не те", починаючи від сьогодні. Коли він виправить все сьогочасне, йти далі і далі в минуле, примиряючись з усім і з усіма, розв'язуючи кожен гудз, згадуючи усе зло, примиряючись — через покаєння, через сприйняття, з подякою, з усім, що було в його житті, а життя, на жаль, було дуже тяжким. І ось місяць за місяцем, день за днем вони разом (о.Антоній і цей хворий) проходили цей шлях. Тобто робили перегляд життя, подорож до цілісності "Я". Хворий примирився з усім у своєму житті. В самому кінці життя (своєї подорожі) він лежав зовсім кволий, безсилий, але з сяючим обличчям. "Моє тіло вже майже померло, але я ніколи не почував себе так інтенсивно живим, як нині," — сказав він. "Він виявив, — закінчує о.А.Блюм, — що життя залежить не лише від тіла, хоча тіло це він; виявив у собі дещо інше, реальне, чого не могла знищити смерть тіла."

В стадії агресії доцільно допомагати — дозволити хворому "вихлюпнутися, виложитися", прийняти його агресію. Наша стратегія при цьому — повне прийняття і дозвіл на негативні переживання. Бути разом у центрі агресії, мовчати, чекати.

В депресивній стадії необхідно розділити переживання. Спробувати допомогти організувати простір і час. Створити клімат доброзичливості, прихильності. Повернути до самого себе і бути весь час поруч.

У стадії прийняття необхідно підтримати, важливо дати хворому можливість і час всю стадію пройти в колі близьких.

В процесі проходження через стадії треба намагатися заспокоїти і довести до свідомості, як було би чудово для хворого, щоб усі його духовні сили зібралися воедино довкола подолання ним страждання.

Необхідно, щоб з самого початку склались нормальні людські стосунки. Головне — не замкнути людину в цілковиту самотність, у самотину відчаю. І це можливо.

Відомо, коли люди приголомшені, деморалізовані безжальною хворобою, вони переживають пригніченість, часто неадекватно, викривлено сприймають реальність. Це, як правило, призводить до перебільшення складностей, з якими вони стикаються, і до недооцінки своїх можливостей з цими складностями справитись. В цій ситуації мислення маніфестує так звані “когнітивні викривлення”, помилки мислення. Про це теж треба знати. Це може ускладнювати стосунки, особливо хворого з його рідними. Які це помилки? Наприклад:

1. *Надмірне узагальнення.* Хворий може сприймати окремі негативні події як нескінченний потік руйнації надій. Випадкове непорозуміння з домашніми після повернення з лікарні сприймається як наслідок хвороби.

2. *Перебільшення або применшування.* Перебільшується значущість деяких речей, таких як спроможність подолання труднощів, і в цей же час применшуються можливості, які видаються мізерними.

3. *Мислення типу “все або нічого”.* Світ уявляється лише в білому або чорному кольорі. Якщо дії не виправдовують сподівань, хворий може “скласти крила” і поводити себе як жертва, невдаха; якщо лікування виявилось не на 100% результативним — воно розцінюється як невдале. Хворому говорять, наприклад, що він не може бути зціленим від раку, в результаті чого хворий вважає безглуздим чим-небудь конструктивним займатися (“Я можу померти прямо зараз”). Однак за належного догляду і своїх власних зусиль можна було б прожити і місяці, і роки плідного творчого життя.

4. *Вибіркова увага.* Коли хворий пригнічений, то він може думати лише про негативні моменти свого життя. Зосередження уваги в цьому випадку селективне, вибіркоче — ігнорується те позитивне, що з ним відбувається. Фіксуючись на негативі, хворий нерідко не хоче бачити, що він може зробити і чому може ще повтішатися.

5. *Негативні прогнози.* Майбутнє непевне для невиліковно хворого. Але часто його перетворюють на щось жахаюче, що отруює час, який ще лишається.

6. *Читання думок.* Замість того, щоб дослухати, що думають люди, які спілкуються з хворим, він відразу ж перескакує до висновків. Однак, як відомо, намагання прочитати думки інших людей рідко бувають успішними.

7. *“Належить” і “мушиш”.* Часто хворий гостро переживає відчуття провини, мотивуючи свою поведінку самонаказами “належить”, “мушиш” (“Я мушу бути в стані робити усе, що робила досі, до того, як захворіла і т.п.).

8. *Навішування ярликів.* Замість того, щоб реалістично оцінювати ситуацію, хворий критично оцінює себе. Замість сказати: “Я не роблю цю роботу так добре, як міг би зробити”, він говорить: “Я не-

вдаха”. Або якщо він не може зосередитись через біль, страх, він думає: “ідіот”.

9. *Уособлювання*. Хворий сприймає себе, як причину певних негативних подій, за які він не несе відповідальності. Наприклад, якщо його діти погано поведуться, йому здається, що це через його помилки; якщо друзі відкладають відвідини його, йому видається, що це через те, що у нього рак.

Визначення типу негативного концепту і обговорення цього з хворим — перший крок до того, щоб навчитися подоланню даного класу труднощів. Справжні негативні події можуть бути так перебільшені і перекручені, що вони видаються величезною проблемою, яку нема ніякої надії розв’язати. Якщо ж удається справитись з ціми помилковими уявленнями, то можна зменшити проблему настільки, щоб направити конструктивну енергію на її подолання.

Коли Норман Казінс, автор книги “Анатомія хвороби”, лежав у лікарні, його співпалатники розмовляли поміж собою про те, що ніколи б не стали обговорювати зі своїм ведучим лікарем: про ті перепони, котрі виникають між хворим і тими, хто постійно знаходиться біля ліжка хворого і у кого є бажання лікувати. Це так звані “бар’єри міжособистісного єднання”:

1) перш за все почуття безпорадності, яке саме по собі — по-важна недуга;

2) підсвідомий страх, що ти ніколи більше не зможеш повернутися до нормального активного життя; це стіна, що розділяє хворих і світ сподівань і надій;

3) прагнення не обтяжувати непосильним тягарем турбот близьких тобі істот, на чії плечі впала журба про твоє здоров’я, що ще більше відділяє тебе від них;

4) страхітливність самотності в стражданні і бажання, щоб тобі дали спокій, — суперечливі почуття, які роздирають душу хворого;

5) почуття, що хвороба є проявленням твоєї неповноцінності, заставляє хворого губити повагу до самого себе;

6) свідомість того, що важливі рішення, які зачіпають твою долю, приймають у тебе за спиною, тобі не говорять усього;

7) смертельний страх перед усякою таємничою апаратурою, яка може спричинити страждання; томлива невідомість перед болісними аналізами; побоювання, що хвороба змінить тебе до невпізнання;

8) незадоволення чужими і сторонніми для тебе людьми у білих халатах (а іноді і в масках), що підступаються до тебе зі шприцами та ампулами;

9) відчай і відчуженість, коли каталкою везуть тебе нескінченним білим коридором — до лабораторії чи до операційної;

10) постійна спустошуюча туга, невикорінювана, невідступна, як ніж в серце, і жага простого людського співстраждання і милосердя. Теплий дружній усміх і співчутливо простягнена рука цінуються більше магії сучасної науки, але, як не парадоксально, вона в наші дні іноді більш доступна, аніж людяність.

Лікарня сприймається незцілимо хворим як низка чужих облич, незнайомих і байдужих. Вони приходять і виходять, а ти, прикутий до ліжка, змушений до цього пристосовуватися.” Я упевнений, — пише Н.Казімс, — ніякі технічні чуда сучасних клінік, навіть самих першокласних, не спроможні явити такої дії, як співчуття милосердої людини”.

Досвід перебування з умираючими свідчить про те, що великою тугою для них є відходити на самоті. “Лабіринти самотності” — це дуже суровий досвід переживань покинутості, більш того, нерідко і стан богопокинутості. Подолати такий стан дуже тяжко, навіть тоді, коли поруч любими люди. Все одно почуття самотності залишається, і покидаємо ми цей світ такими ж самотніми, як і приходимо до нього. Може це для того, щоб зробити прорив до віри, до Бога. Але коли людина в такому стані, ми повинні показати їй, що вона єдина для нас на всьому світі, і віддати їй всю нашу увагу. Потіснити свою власну персону заради людини, в якої часу занадто мало. Ми мусимо показати наше людське співстраждання, близькість, що ми рідні їй і вона рідна нам, як перестояння.

І тут нам вважається доцільним звернутися до досвіду Владика Антонія. Коли він був хірургом у польовому шпиталі, в його відділенні помирав молодий солдат. “В якийсь вечір, — згадує Владика, — мені стало ясно, що він не житець. Я його запитав: “Ну як ти себе почуваш?” Він подивився на мене глибоко, спокійно (він був селянин, тому в ньому була така тиша полів, лісів, тиша неспішного життя) і мені сказав: “Я сьогодні вночі вмру”. Я відповів: “Так, сьогодні ти вмреш. Тобі страшно?”—“Умирати мені не страшно, але мені так жаль, що я вмру геть один. Помирав би я вдома — при мені були би дружина, і мати, і діти, і сусіди, а тут нікого нема...” Я кажу: “Ні, неправда, — я з тобою посиджу.” Ти не зможеш просидіти зі мною цілу ніч”. — “Чудово зможу!” Він подумав, сказав ще: “Знаєш, навіть якщо ти будеш тут сидіти, доки ми розмовляємо, я буду відчувати твою присутність, а в якусь мить я тебе загублю і порину у що страхітливую самотність, коли страшніше за все — умирати”. Я відповів: “Ні, не так. Я з тобою поруч сяду, спочатку ми будемо розмовляти, ти мені будеш розповідати про своє село; даси мені адресу своєї дружини. Я їй напишу, коли ти вмреш, якщо трапиться, перевидаю після війни. А потім ти почнеш слабнути, і тобі буде вже неможливо говорити, але ти зможеш на мене дивитися. На той час я тебе за руку візьму. Спочатку ти будеш відкривати очі і бачити мене, потім закриєш очі і вже мене бачити не зможеш, уже не буде сили

відкривати їх, але ти будеш відчувати мою руку у своїй руці чи свою руку у моїй. Поступово ти будеш віддалятися, і я буду це почувати і періодично буду стискувати твою руку, щоб ти почував, що я не пішов, я тут. В якийсь момент ти на моє стискання руки відповісти не зможеш, тому що тебе тут вже не буде. Твоя рука мене відпустить, я буду знати, що ти відійшов. Але ти будеш знати, що до останньої хвилини не був один“. І так воно і сталося.

Як ставитись до сліз? Добре, коли хворий поплаче. Не треба йому в цьому перешкоджати, а, навпаки поплачте разом, і в цьому також буде ваша допомога. Сльози — то дар Божий. Ніколи не треба перешкоджати їм литися. Коли сконав Лазар, Ісус плакав.”Сльози так значні, — пише о.О.Єльчанінов, — тому що вони зворушують весь організм. У сльозах, стражданнях тане, марніє плоть земна і народжується тіло духовне, плоть ангельська. Тіло духовне створюється сльозами, постом і пильнуванням”. І молитвою.

Чим ми можемо допомогти термінальному хворому, окрім усамітнених бесід, догляду і всіляких різновидів підтримки проявлень його активності, якщо наближається час переходу?

Сидіти поруч, мовчати і тримати його руки в своїх руках. Це і є так звані невербальні способи психологічної допомоги. А.Полц називає їх метакомунікаційними способами зносин-еднання з помираючим.

Ми знаємо, наскільки сильно наші тілесні проявлення беруть участь у всьому, що відбувається у нашому серці і розумі. Мати виявляє всю свою любов до дитини, обіймаючи її своїми ніжними руками, втішаючи її ласкою і теплом. Ми знаємо, скільки розради можна передати через доторк руки, і скільки любові у всіх її формах може бути виявлено за допомогою тіла. Але лише сьогодні ми починаємо це усвідомлювати, згадуючи давно забуті істини. На кінчиках наших пальців є велика сила, проте “нам потрібний вчитель, який зміг би переконати нас у цьому” (Кастанеда). За теперішнього часу вже є клінічні свідчення, які переконують нас у тому, що тілесний контакт полегшує страждання та заспокоює. Просто ми довго були відчужені від свого тіла, забули про його можливості. Та мусимо про це знову згадувати.

В останні хвилини — лише безпосередній тілесний контакт. Для того, хто знаходиться у безпосередній близькості — це можливість своєю любов'ю допомогти в останні години, хвилини стати зібраним і серйозним, допомогти помираючому оволодіти повністю тією, завжди спалахуючою в останню мить силою життя, яка допомагає йому здійснити свій останній перехід.

Проведення часу з помираючим є дуже важливим. А.Полц у своїй книзі “Я теж помру?” наводить сюжет із практики сестер матері Терези. Це дуже повчальний могутній досвід. Позбавлене життя тіло перестає бути чужим. І мої руки тримають його руки. Прості людські

доторкання — який можуть вони принести мир, як вони знімають страх і біль. І вже неясно, хто кому допомагає, хто кого підтримує. Передати можна все. Хворому цей контакт може допомогти не так гостро переносити своє страждання і самотність, які все одно десь на глибині залишаються.

Від помираючого не треба тікати. Добре, якщо підтримуються вдома попередній ритм життя, чистота, порядок, щоденні звичні справи. Це також допомагає долати страх, страждання. Так треба жити. Останні дні. Останні години.

ЛИТЕРАТУРА

- Абрамова Г.С.* Практикум по психологическому консультированию. Екатеринбург, 1995.
- Аванесов Г.А.* Криминология и социальная профилактика. — М., 1980.
- Аверинцев С.С.* Поэзия. — М., 1986.
- Адлер А.* Понять природу человека. — Спб., 1997.
- Амбрумова А.Г.* Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. — 1985. — Т.6. — №6.
- Амбрумова А.Г.* Актуальные проблемы суицидологии. — М., 1981.
- Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э.* Психологические аспекты одиночества // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — №3.
- Амбрумова А.Г.* Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — №4.
- Ананьев Б.Г.* О проблемах современного человекознания. — М., 1977.
- Ананьев Б.Г.* Человек как предмет познания. — Л., 1968.
- Андреас Ст., Андреас К.* Сердце мозга. — Екатеринбург, 1993. — Т.2.
- Анцыферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психол. журн. — 1994. — Т.15. — №1.
- Анцыферова Л.И.* Личность в динамике: некоторые итоги исследования // Психол. журн. — 1992. — Т. 13. — №5.
- Аръес Ф.* Человек перед лицом смерти. — М., 1992.
- Ахмеров А.* Организация биографического тренинга в условиях психологической консультации // Конструктивная психология — новое направление развития психологической науки и практики. — Красноярск, 1989.
- Бардин П.О.* О разработке категории “социальная зрелость” личности. // Вест. Харьков. ун-та. Сер. Социол. исследования. — 1984. — № 261.
- Барц Э.* Игра в глубокое: Введение в юнгианскую психодраму: Пер. с нем.— М., 1997.
- Бастун Н.А.* Проблемний підліток та духовність дорослих // Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості. Ч.ІІ, розд.І. — Київ; Луцьк, 1994.
- Батай Ж.* Слезы Эроса // Танатография Эроса: Пер. с франц. — М., 1994.
- Бахтин М.М.* Эстетика словесного творчества. — М., 1979.
- Бейкер П.* Голос внутри: Практическое руководство по приспособлению к голосам. — Киев; Амстердам, 1966.
- Белкина А.С.* Диагностика педагогической запущенности учащихся. — Свердловск, 1979.
- Беляев Г.С., Лобзин В.С., Копылова О.П.* Психогигиеническая саморегуляция. — Л., 1977.
- Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы: Пер. с англ. — М., 1988.
- Берн Э.* Трансактный анализ в группе. — М., 1994.
- Бернс Р.* Развитие Я-концепции и воспитание: Пер. с англ. — М., 1986.
- Бергсон А.* Материя и память: В 4т.: Пер. с франц. — М., 1992.
- Бессмертный Ю.Л.* Жизнь и смерть в средние века. — М., 1991.

- Билинкис А.А.* Анализ проблем женщин, обращающихся в службу "Телефон доверия" // Психол. журн. — 1997. — Т.18. — № 14.
- Бобнева М.И.* Социальные нормы как объект психологического исследования // Методологические проблемы социальной психологии. — М., 1975.
- Бовуар С.* Очень легкая смерть. — М., 1968.
- Богатырева Е.* Секреты женской психологии. — Спб., 1997.
- Брусиловский А.И.* Жизнь до рождения. — М., 1984.
- Бубер М.* Я и ты. — М., 1993.
- Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением. — М., 1989.
- Былкина Н.Д.* Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) // Психол. журн. — 1997. — Т.18. — N2.
- Василюк Ф.Е.* Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Психол. журн. — 1995. — N3.
- Василюк Ф.Е.* Типология переживания различных критических ситуаций // Психол. журн. — 1995. — N5
- Василюк Ф.Е.* Семиотика психотерапевтической ситуации и психотехника понимания // Моск. психотерапевт. журн. — 1996. — N4.
- Василюк Ф.Е.* Уровни построения переживания и методы психологической помощи // Вопр. психологии. — 1988. — N5.
- Василюк Ф.Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. — М., 1984.
- Василюк Ф.Е., Талмасова А.К., Цапкин В.М.* К читателю // Моск. психотерапевт. журн. — 1992. — N1.
- Васьковская С.В., Горностаев П.П.* Психологическое консультирование: Ситуационные задачи. — К., 1996.
- Ватанабе С.* Рак можно предотвратить и вылечить. — М., 1992.
- Введение в психотерапию* // Под ред. С.Блоха. — Амстердам; Киев, 1997.
- Виблер В.С.* На гранях логики культуры. — М., 1997.
- Витт В.О.* О состоянии умств. способностей... // Сборник сочинений по судебной медицине. Спб., 1872. — Т.1.
- Власова Т.А., Певзнер М.С.* О детях с отклонениями в развитии. — М., 1973.
- Вікова психологія* // За ред. Г.С.Костюка. — К., 1976.
- Выготский Л.С.* Собрание сочинений: В 6т. — М., 1984. — Т.4.
- Гегель Г.В.* Философия права. — М., 1990.
- Гавейн Ш.* Созидающая визуализация. — М., 1994.
- Гилинский Я.И.* Отклоняющееся поведение как социальное явление // Человек и общество. — Вып. VIII. — Л., 1971.
- Гнездилов А.* Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. — Спб., 1995.
- Гозулян М.* Прощайтесь с болезнями: Опыт собственного излечения по системе здоровья Ниши. — М., 1997.
- Голанд Я.Г.* Лечение нарушения психосексуальных ориентаций // Частная сексопатология: Рук-во для врачей / Под ред. Г.С.Васильченко — М., 1983. — Т.2.
- Гоулер Я.* Вы можете победить рак. — М., 1991.
- Головаха Е.И., Кроник А.А.* Психологическое время личности. — К., 1984.

- Гончар П.С. К онтологическому статусу прогноза в психологическом консультировании // Актуальні проблеми психології: традиції і сучасність // Мат. конф. — К., 1993. — Т.1.
- Гончар П.С. Некоторые проблемы психокоррекции постстрессовых состояний // Сучасна психологія в ціннісному вимірі: Мат. 3-їх Костюківських читань. — К., 1994. — Т.2.
- Горностай П.П., Васьковская С.В. Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход. — К., 1995.
- Гоэр Г. Загадочный мир еще не рожденного ребенка // Ригерз Дайджест, 1992.
- Гримак Л.П. Резервы человеческой психики. — М., 1989.
- Гройсман А.Л. Проблемы ролевой психотерапии // Психологические механизмы регуляции социального поведения. — М., 1979.
- Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. — М., 1992.
- Гроф С. Путешествие в поисках себя. — М., 1994.
- Гроф С. Трансперсональные опыты // Человек. — 1991. — N5.
- Гроф С., Гроф К. Жизнь после смерти. — М., 1991.
- Гоштаутас А.А., Демаркене С.Б. Особенности психологической диагностики поведения как фактора риска ишемической болезни сердца в связи с ее профилактикой // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии: Сб. научн. труд. — Л., 1986.
- Гоштаутас А.А., Пяткявичене Я.А., Демаркене С.Б., Мазнявичене Л.Е. Психологические аспекты мероприятий по снижению уровня холестерина в популяционном исследовании // Кардиология. — 1985. — Т.25. — N11.
- Гульман Б.Л., Орлов П.И. Психодиагностика и психопрофилактика сексуальных преступлений. — Харьков., 1994.
- Дарлю А. Общественные и нравственные идеи // Социальная мораль: Пер. с фр. — Спб., 1902.
- Джампольски Дж. Любовь побеждает страх. — М., 1992.
- Джемсон Л. Очерк психологии: Пер. с англ. — М., 1924.
- Дзюб Г.К., Крук И.В. Особенности нарушений поведения, обусловленные депрессивными состояниями в подростковом и юношеском возрасте // Психология, клиника и профилактика отклоняющегося поведения у детей и подростков. — Чернигов, 1991.
- Діагностичні критерії з DSM-III-R. — К., 1995.
- Дилтс Р., Халлом Т., Смит С. Пути к здоровью и благополучию. — Свердловск, 1993.
- Дмитренко А.К., Мармазинська П.Є., Шевцов Л.П. Психологія сімейного виховання. Батьківська любов і батьківські позиції // Соціальна підтримка молоді сім'ї. — К., 1994.
- Довідник з сексології, сексопатології та андрології. — К., 1994.
- Досталова О. Как сопротивляется раку: Пер. с чеш. — Спб., 1994.
- Донченко Е.А., Титаренко Т.М. Личность: конфликт, гармония. — К., 1987.
- Дриль Д. Психофизические типы в их соотношении с преступностью и ее разновидностями (частная психология преступности). — М., 1890.
- Дюррегров А., Хордвик Е. Детское горе: Несколько советов родным и близким: Пер. со швед. — Стокгольм, 1996.
- Ельчанинов А., свящ. Записки. — 4-е изд. — Париж, 1978.

- Еникеева Д.Д.* Сексуальная патология. — М., 1997.
- Жабокрицький С.В.* Визначення поняття “самогубство” та його диференціація з іншими випадками смерті: Методичні рекомендації. — К., 1996.
- Жизнь как творчество / Отв. ред. Л.В.Сохань, В.А.Тихонович.* — К., 1985.
- Зарицкий М.Г.* Применение холотропного дыхания для лечения опийной наркомании // Соціально-педагогічні та медико-психологічні заходи протидії вживанню наркотичних засобів неповнолітніми та молоддю. — Вип.2. — К., 1995.
- Зайцев В.П., Храмелашвили В.В.* Психологический подход к вторичной профилактики ишемической болезни сердца: значение и основные принципы // Кардиология. — 1987 — Т.28. — №3.
- Зейгарник Б.В.* Теория личности К.Левина. — М., 1981.
- Зеличенко А.* Психология духовности. — М., 1966.
- Зинченко С.Н.* Трудные дети. — К., 1988.
- Иконников М., Смирнова Н.* Понять и помочь. Беседы психиатра с родственниками больных. — К., 1966.
- Илюшин В.А.* Нравственные чувства и нормы // Рациональное и эмоциональное в морали. — М., 1983.
- Ілляшенко Т.Д.* До проблеми навчання та соціально-трудової адаптації дітей із затримкою психічного розвитку // Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості. — Київ; Луцьк, 1994.
- Имелинский К.* Сексология и сексопатология: Пер. с польск. — М., 1986.
- Иоффе А.Ф.* Встречи с физиками. — М., 1962.
- Календарные обряды и образы в странах зарубежной Европы // Исторические корни и развитие обычаев.* — М., 1983.
- Казинс Н.* Анатомия болезни. — М., 1991.
- Калиновский П.* Переход: последняя болезнь, смерть и после. — М., 1991.
- Калитеевская Е.Р., Ильичева В.И.,* Адаптация или развитие: выбор психотерапевтической стратегии // Психол.журн. — Т.16. — №1. — 1995.
- Камю А.* Творчество и свобода: Пер. с франц. — М. 1990.
- Каприо Ф.* Многообразие сексуального поведения. — М., 1995.
- Кемпер И.* Практика сексуальной психотерапии: Пер. с нем. — М., 1994. — Т.1.
- Киппер Д.* Клинические ролевые игры и психодрама: Пер. с англ. — М., 1993.
- Киричук О.В.* Екопсихологія конфлікту в підлітковому віці // Молодь і проблеми конфлікту в період переходу до демократичного суспільства. Ч.1. — Чернівці, 1994.
- Кобзар Т.А., Савчук І.І.* Часова саморегуляція особистості як фактор подолання життєвої кризи // Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості. Ч.1, розд.ІІІ — Київ; Луцьк, 1994.
- Кобыща Ю.В., Пурик-Бондаренко Е.П.* Молодежи о СПИД. — Киев, 1994.
- Ковалевський П.І.* Обдаровані божевіллям: Психіатр.ескізи з історії. — К., 1994.
- Козубовська І.В., Сагарда В.В., Бедь В.В.* Роль шкільної психологічної служби у профілактиці правопорушень серед неповнолітніх // Гуманізація навчально-виховного процесу як засіб попередження правопорушень серед учнівської та студентської молоді. — К., 1994.
- Коклюхин В.В.* Отклоняющееся поведение: поиски модели // Актуальные проблемы борьбы с антиобщественным поведением. — М., 1984.
- Колодзин Б.* Как жить после психической травмы. — М., 1992.

- Комарова А.І., Піча В.М.* Саморозвиток особистості, вільний час і самоактивність // *Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості. Ч.ІІ, розд.І.* — Київ; Луцьк, 1994.
- Кон И.С.* Социология личности. — М., 1967.
- Кон И.С.* Жизненный путь как предмет междисциплинарного исследования // *Человек в системе наук.* — М., 1989.
- Кон И.С.* Постоянство и изменчивость личности // *Психол. журн.* — 1987. — Т.8. — № 4.
- Кондрашенко В.Т.* Девиантное поведение несовершеннолетних. Социально-психологические и психиатрические аспекты. — Минск, 1988.
- Корнетов Н.А.* XII съезд психиатров России: Мат. съезда — М., 1995.
- Корнетов Н.А., Красик Е.Д., Попова Н.М.* и др. // *Актуальные вопросы психиатрии.* — Томск, 1993.
- Корольков А.А., Петленко В.П.* Философские проблемы теории нормы в биологии и медицине. — М., 1977.
- Костицкий М.В.* Злочин можна попередити. — К., 1989.
- Костюк Г.С.* Принцип развития в психологии // *Избранные психологические труды.* — М., 1988.
- Костюк Г.С.* Избранные психологические труды. — М., 1988.
- Костенко А.Н.* Принцип отражения в криминологии: Психологический механизм криминального поведения. — К., 1985.
- Кочарян О.С.* Метафори розвитку особистості в психотерапії // *Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості. Ч.І, розд. ІІІ.* — Київ; Луцьк, 1994.
- Кочарян Г.С., Кочарян А.С.* Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. — М., 1994.
- Кочетов А.И., Верцинская Н.Н.* Работа с трудными детьми. — М., 1986.
- Кудрявцев В.Н.* Изучение социальных отклонений как научное направление // *Социальные отклонения. Введение в общую теорию.* — М., 1984.
- Кудрявцев В.Н.* Правовое поведение: нормы и патология. — М., 1982.
- Кузнецов О.Н., Лебедев В.И.* Психология и психопатология одиночества. — М., 1972.
- Краснушкин Е.Н.* Преступники-психопаты. — М., 1929.
- Крафт-Эбинг Р.* Половая психопатия: Пер. с нем. — М., 1996.
- Кьеркегор С.* Страх и трепет: Пер. с датс. — М., 1993.
- Кэмпбел Росс.* Как на самом деле любить детей. — М., 1992.
- Лабиринты одиночества:* Пер. с англ. / Под ред. *Н.Е. Покровского.* — М., 1989.
- Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В.* Подростки с нарушениями в аффективной сфере: Клинико-психологическая характеристика "трудных" подростков — М., 1988.
- Левин С.* Кто умирает? Исследование проблем осознанной жизни и осознанного умирания. — К., 1996.
- Леви В.* Нестандартный ребенок. — М., 1988.
- Леви-Стросс К.* Первобытное мышление. — М., 1994.
- Лейбович Я.Л.* Практическое руководство судебной медицины. — М., 1927.
- Леонтьев А.Н.* Проблемы развития психики. — М., 1981.
- Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено: Пер. с нем. — М., 1994.

- Линдемманн Э.* Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты. — М., 1984.
- Линдерман Х.* Аутогенная тренировка. — М., 1980.
- Линечетта А.* Введение в онтопсихологию: Пер. с итал. — Пермь, 1993.
- Линечетта А.* Система и личность. — М., 1996.
- Личко А.Е.* Подростковая психиатрия // Руководство для врачей. — Л., 1979.
- Лобзин В.С., Решетников М.М.* Аутогенная тренировка. — Л., 1986.
- Лоренц К.* Агрессия (так называемое “зло”). — М., 1994.
- Лурия А.Р.* Об историческом развитии познавательных процессов. Экспериментально-психологические исследования. — М., 1974.
- Льюис К.С.* Любовь, страдание, надежда. — М., 1992.
- Материалы национального практического семинара по ВИЧ-консультированию. — М., 1990.
- Максимова Н.Ю.* Психологічні аспекти перевиховання соціально-дезадаптованих дітей // Профілактика правопорушень серед неповнолітніх. — К., 1994.
- Максимов М.* Как преодолевать кризисы // Физкультура и спорт. — 1986. — N 10-12.
- Максимов М.* Улитка ломает панцирь // Знание-сила. — 1986. — N 5.
- Маркузе Г.* Эрос и цивилизация: Пер. с англ. — К., 1995.
- Медицина и права человека. Совет Европы: Пер. с франц. — М., 1992.
- Международная классификация болезней и поведенческих расстройств. — Спб., 1994.
- Мень А.В.* прот. Практическое руководство к молитве. — М., 1995.
- Миньковский Т.М., Тузов А.П.* Профилактика правонарушений среди несовершеннолетних. — К., 1987.
- Мифологический словарь. — М., 1991.
- Морено Дж.* Театр спонтанности: Пер. с англ. — Красноярск, 1993.
- Моргун В.Ф., Седых К.В.* Делинквентный подросток. — Полтава, 1995.
- Мухина В.С.* Структура самосознания развивающейся личности // Проблемы возрастной психологии. — М., 1989.
- Мэй Р.* Любовь и воля: Пер. с англ. — М., 1997.
- Мэй Р.* Искусство психологического консультирования: Пер. с англ. — М., 1994.
- Нартова-Бочавер С.К.* “Coping behavior” в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. — 1997. — Т.18. — №5.
- Нижегородцев К.А.* Основы судебно-медицинской экспертизы. — Томск, 1928.
- Новикова Е.В.* Особенности общения и проявления школьной дезадаптации у младших школьников и подростков // Общение и формирование личности школьника / Под ред. А.А.Бодалева, Р.Л.Кричевского — М., 1987.
- Норман К.* Анатомия болезни с точки зрения пациента: Пер. с англ. — М., 1991.
- Обзор сегодняшнего состояния консультирования и тестирования при ВИЧ-инфекции. — М., 1996.
- Обуховский К.* Психологическая теория строения и развития личности // Психология формирования и развития личности. — М., 1981.
- Общение и формирование личности школьника / Под ред. А.А.Бодалева, Р.Л.Кричевского. — М., 1987.
- Орлов Ю.М.* Восхождение к индивидуальности. — М., 1991.

- Оржесхівська В.М., Пилипенко А.І., Голубева І.Є.* Гуманістичне спрямування роботи комісії у справах неповнолітніх // Гуманізація навчально-виховного процесу як засіб попередження правопорушень серед учнівської та студентської молоді. — К., 1994.
- Оршанский Л.Г.* Анализ психологический и психопатологический // Половые преступления. — Л.; М., 1927.
- Перлз Ф.* Внутри и вне помойного ведра. — Спб., 1995.
- Перну Лоранс.* Я жду ребенка: Пер.с франц. — М., 1986.
- Петровский А.В.* Опыт построения социально-психологической активности и концепции групповой активности // Вопр. Психологии. — 1973. — N5.
- Петухов Е.И.* Психологические особенности детей школьного возраста // Семья. Социально-психологические и этические проблемы. — М., 1989.
- Пилипенко О.І* Соціально-психологічна профілактика адиктивної поведінки у роботі соціального педагога (теоретико-методологічні аспекти) // Профілактика наркотизації. — Київ, 1994.
- Пискун В.М., Чердниченко О.Т.* Неєфективність психологічного захисту як детермінанта відхилень в становленні особистості // Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості. Ч.1, розд.ІІІ. — Київ; Луцьк, 1994.
- Постовалова Л.И.* Сравнительно-возрастные аспекты в суицидологии. — М., 1989.
- Половые меньшинства. — Н-Й., 1988.
- Права человека и профессиональная ответственность врача. — К., 1996.
- Психодрама: вдохновение и техника / Под ред. *П.Холмса, М.Карп.*: Пер. с англ. — М., 1997.
- Психолого-педагогическая коррекция и психотерапия девиантного поведения и дисгармоний в развитии личности у подростков. — Воронеж, 1993.
- Психологический словарь. — М., 1983.
- Ранняя профилактика отклоняющегося поведения учащихся / Под ред. *В.А.Татенко, Т.М.Титаренко.* — К., 1989.
- Райкфорт Ч.* Критический словарь психоанализа. Спб. Восточно-европейский институт психоанализа, 1995. Резолюция 1983/30 Экономического и Социального Совета по правам и социальным проблемам половых меньшинств. ООН. — Нью-Йорк, 1983.
- Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М., 1994.
- Рожанец Р.В.* Психологические проблемы в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. — Вып.2.— М., 1987.
- Ролз Дж.* Теория справедливости. — Новосибирск, 1995.
- Ресфельдт П.* Судебно-медицинское установление преступления: Пер. с нем. — М., 1928.
- Ремшмидт Х.* Подростковый и юношеский возраст: проблемы становления личности: Пер. с нем.— М., 1994.
- Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии: В 2-х т. — М., 1989. — Т.2.
- Рубинштейн С.Л.* Проблемы общей психологии. — М., 1973.
- Рюриков Ю.Б.* Три невежества и психологическая революция // Супружеская жизнь: гармония и конфликты. — М., 1990.
- Сак Т.В.* Рівень причинового мислення дітей із ЗПР як показник саморозвитку // Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості. Ч.2., розд.2. — Київ; Луцьк, 1994.

- Санчес В.* Учение дона Карлоса. — М., 1995.
- Сартр Ж.-П.* Один новый мистик // Танатография эроса: Пер. с франц. — М., 1994.
- Саймонтон К., Саймонтон С.* Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. — Спб., 1995.
- Свободное дыхание. Еще один шаг / Под ред. *Козлова В.В.* — Москва; Ярославль. — 1992.
- Сексопатология: Справочник. — М., 1990.
- Сексология: Энциклопедический словарь. — Минск, 1993.
- Сколько Вам лет? Линия жизни глазами психолога / Под ред. *А.А. Кроника.* — М., 1993.
- Соціальна політика та соціальна робота. — К., 1996.
- Спиваковская А.С.* Профилактика детских неврозов. — М., 1988.
- Справочник по сексологии, сексопатологии и андрологии. — К., 1994.
- СПИД. ВОЗ. — Женева, 1988.
- Степанов В.Г.* Индивидуальный подход к трудным школьникам: Учебное пособие. — 2-е изд. — М., 1995.
- Столин В.В.* Самосознание личности. — М., 1983.
- Стрельцова Г.Я.* Судьба любви сегодня (нравственно-психологический очерк) // Философия любви. — М., 1990. — Т.1.
- Суицид. Хрестоматия по суицидологии / Под ред. *А.Маховикова.* — К., 1994.
- Сурожский А., митр.* Жизнь, болезнь, смерть. — М., 1995.
- Тайлор Э.Б.* Первобытная культура. — М., 1989.
- Титаренко Т.М.* Жизненный мир личности: этапы становления // Философ. и социол. мысль. — 1991. — N 1.
- Титаренко Т.М.* Отношение к смерти как механизм миропостроения // Философская и социологическая мысль. — 1992. — N2.
- Титаренко Т.М.* Нарушения в развитии личности школьника: изучение и профилактика // Психологическая профилактика недисциплинированного поведения учащихся / Под ред. *Л.Н. Проколиенко, В.А.Татенко.* — К., 1989.
- Титаренко Т.М.* Стиль жизни личности. Теоретические и методологические проблемы. — К., 1982.
- Тойч Дж.М., Тойч Ч.К.* Второе рождение, или Искусство познать и изменить себя: Пер. с англ. — М.; Лос-Анжелес, 1995.
- Толстой Л.Н.* Путь жизни. — М., 1993.
- Толстых А.В.* Возрасты жизни. — М., 1988.
- Топоров В.Н.* Эней — человек судьбы. — М., 1993.
- Тэрнер В.* Символ и ритуал. — М., 1983.
- Тюремный мир глазами политзаключенных. — М., 1993.
- Уманский К.Г.* Невропатология для всех. Кн.2. — М., 1989.
- Українська Радянська енциклопедія. — К., 1984. — Т.11, кн.1.
- Уоллис Э., Хенкин Б.* Искусство психического исцеления. — К., 1992.
- Ухтомский А.А.* Собрание сочинений: 6 т. — М., 1950. — Т.1.
- Филатов А.Г.* Аутогенная тренировка. — К., 1979.
- Философский энциклопедический словарь. — М., 1989.
- Философские маргиналии Т.С.Гуревича // Эрос. — М., 1992.
- Фрейд З.* Психология бессознательного. — М., 1989.

- Фресс П. О психологии будущего // Психол. журн. — 1981. — №3.
- Фрезер Д.Д. Фольклор в Ветхом Завете. — М., 1989.
- Форель А. Половой вопрос. Естественно-научное, социологическое, гигиеническое и психологическое исследование: Пер. с нем. — Спб., — 1908. — Т.1.
- Фельдштейн Д.И. Взаимосвязь возможностей образования и психологических закономерностей развития мотивационно-потребностной сферы личности. Проблемы мотивации общественнополезной деятельности школьников. — М., 1984.
- Флоренская Т.А. Проблема психологии катарсиса как преобразования личности // Психологические механизмы регуляции социального поведения. — М., 1979.
- Франкл В. Человек в поисках смысла: Пер. с англ., нем. — М., 1990.
- Франкл В. Доктор и душа. Спб., 1997.
- Фуко М.О. О трансгрессии // Танатография эроса: Пер. с франц. — М., 1994.
- Фукс Э. Иллюстрированная история эротического искусства: Пер. с нем. — М., 1995.
- Фрумин И.Д., Эльконин Б.Д. Образовательное пространство как пространство развития (“школа взросления”) // Вопр. психол. — 1993. — №1.
- Фромм Э. Человек для себя: Пер. с англ. — М., 1992.
- Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности: Пер. с нем. — М., 1994.
- Хей Л.Л. Исцели себя сам. — Кишинев, 1996.
- Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. — М., 1993.
- Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). — Спб., 1997.
- Цуканов Б.И. Собственная единица времени в психике индивида: Автореф. дисс. д-ра психол. наук: 19.00.01/ Киевский гос. ун-т. — К., 1992.
- Чижевський Д. На теми філософії історії // Кур'єр Кривбасу. — 1997. — №3.
- Шарден П.Т. Феномен человека: Пер. с франц. — М., 1987.
- Шапиро Ф. Процесс десенсибилизации и переработки психических травм с помощью движения глаз. От ДДГ к ДПДГ — новая модель лечения тревожных состояний и связанных с ними травм // Журнал практикующего психолога. — К., 1996. — №2.
- Шестов Л. Киргегард и экзистенциальная философия. Глас вопиющего в пустыне. — М., 1992.
- Шестов Л. Дерзновения и покорности: В 2т. — М., 1993.
- Шкирян-Нижник З.А., Непочатова-Куратович Е.И. Мы ждем ребенка. — М., 1998.
- Шпет Г.Г. Введение в этническую психологию: Сочинения. — М., 1989.
- Штерн В. Персоналистическая психология // История зарубежной психологии. 30-е — 60-е гг. XX века. Тексты // Под ред. П.Я. Гальперина, А.Н. Ждан. — М., 1986.
- Шульц И.Г. Аутогенная тренировка. — М., 1985.
- Шутценбергер А.А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) // Вопр. психологии. — 1990. — № 5.
- Шубутани Т. Социальная психология: Пер. с англ. — М., 1969.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. — Л., 1990.

- Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // *Вопр. психологии.* — 1971. — N 4.
- Эриксон Э.Г. Идентичность: Юность и кризис: Пер. с англ. — М., 1996.
- Эриксон Э.Г. Детство и общество: Пер. с англ. — 2-е изд. — Спб., 1996.
- Юнг К.Г. Архетип и символ. — М., 1991.
- Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. — М., 1994.
- Юнг К.Г. Архетипы коллективного бессознательного // *Вопр. философии* — 1988.—N1.
- Юнг К.Г. Воспоминания, сновидения, размышления. — К., 1994.
- Юридичний словник. — К., 1983.
- Яковлев А.М. Преступность и социальная психология. — М., 1971.
- Яковлев А.М. Теория криминологии и социальная практика. — М., 1985.
- Якобсон Л. Весті П. Люди, які пережили катування — нова група пацієнтів. — К., 1994.
- Ядов В.А. Социологическое исследование: методология, программа, методы // Под.ред. В.Н.Иванова. — М., 1987.
- Intervention. Psychological Intervention and AIDS. — N.86. September 1990.
- Kubler-Ross E. On death and dying. — New York, 1969.
- Moorey S., Creer S. Psychological Therapy for Patients with Cancer: a new Approach. — London, 1989.
- Ortega-y-Gasset. Misteria y espfender de la tradukction. — Madrid, 1962.
- Peck R. Psychological development in the second half of life // B.L. Neugarten (d.), Middle age and aging.— Chicago, 1968.
- Polcz A. Meghalok en is? — Budapest, 1995.
- Reich W. Character Analysis. — N.Y., 1949.
- Sheehy G. Passages: Predicatable crises of adult life. — New York, 1977.
- You are not alone. Body positive. — London, 1996.

Наукове видання

Психологія життєвої кризи

Редактор *Ю.Г.Медюк*

Оригінал-макет виготовлено в Інституті соціальної та політичної психології АПН України *Л.П.Черниш*

В оформленні обкладинки використано картину
Мійо Ковачіша «Хранитель стада»

Підписано до друку 15.XI.1998р. Формат 84x108/32. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Ум. друк. арк. 21,6. Обл.-вид. арк. 21,75.

Тираж 500 пр. Зам. №11.

Агрпромвидав України, 252032, Київ, вул. Саксаганського, 111-а. Реєстраційне
свідоцтво №6425 від 26 червня 1998 року.