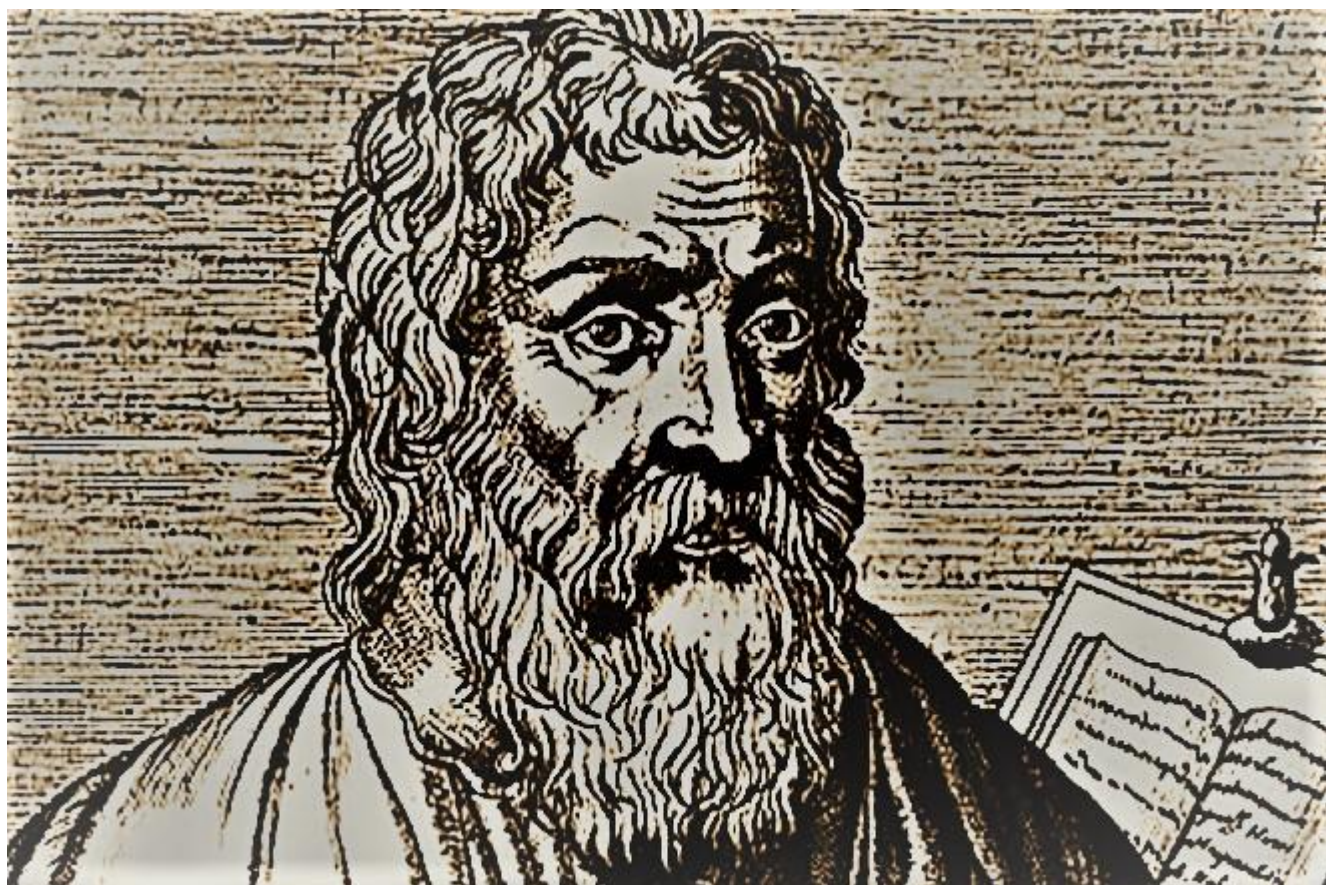


**Валерій Зливков, Світлана Лукомська**

**СПИС ГІППОКРАТА:  
Основи психології спілкування для  
медичних працівників**



*Рекомендовано до друку Вченою радою Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (протокол № 10 від 6 липня 2017 р.)*

**Рецензенти:**

**Карамушка Л.М.**, член-кореспондент НАПН України, доктор психологічних наук, професор, заступник директора Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України з науково-організаційної роботи та міжнародних наукових зв'язків;

**Швалб Ю.М.**, доктор психологічних наук, професор кафедри соціальної роботи Київського національного університету імені Тараса Шевченка

З 67 Зливков В.Л., Лукомська С.О. Спес Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська. – Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М.; К., 2017. – 208 с.

**ISBN 978-617-640-349-4**

Посібник присвячено окремим аспектам психології спілкування для медичних працівників. Висвітлено особливості взаємодії лікарів із пацієнтами із різним типом темпераменту, ставленням до хвороби; окреслено психологічні характеристики різних конституціональних типів пацієнтів. Особливо увагу приділено психологічним станам людей при різних захворюваннях, визначено шляхи налагодження ефективної взаємодії з ними. У книзі детально описано стресові розлади учасників бойових дій, можливості посттравматичного зростання після перенесених травм і важких хвороб. Наведено психодіагностичні та психотерапевтичні методики, які медичний працівник може застосовувати й своїй повсякденній роботі.

Посібник адресовано медичним працівникам, психологам, соціальним працівникам, студентам вищих навчальних закладів і всім, хто цікавиться психологією спілкування в системі охорони здоров'я.

# ЗМІСТ

Слово до читача.....	4
Передмова.....	5
<b>Розділ 1. Основи психології спілкування .....</b>	<b>6</b>
Об'єктивність оцінки партнера по спілкуванню .....	6
Міжособистісний контакт.....	9
Бесіда: особливості підготовки та проведення .....	12
Ефективне спілкування Інтернет-месенджерами.....	16
Маніпуляції у спілкуванні: види та способи захисту.....	19
Мета-моделі у спілкуванні.....	45
<b>Розділ 2. Лікар і пацієнт: особливості взаємодії.....</b>	<b>53</b>
Ставлення до хвороби: класифікація пацієнтів.....	53
Особливості ставлення до хвороби пацієнтів різного віку.....	74
Реакції батьків на хворобу дітей.....	82
Посттравматичне зростання.....	84
Особливості пацієнтів різної статі.....	86
Особливості пацієнтів із різним темпераментом.....	100
Зв'язок психічних особливостей із конституцією людини.....	106
<b>Розділ 3. Психологія у різних галузях медицини.....</b>	<b>120</b>
Психологія в акушерстві та гінекології.....	120
Психологія у стоматології.....	123
Психологія у хірургії і травматології.....	124
Психологія у дерматології.....	130
Психологія в онкології.....	130
Психологія помирання.....	132
Психологія суїцидальної поведінки.....	133
Психологія алкогольної та наркотичної залежності.....	134
Психологічні особливості учасників бойових дій.....	136
<b>Розділ 4. Психодіагностика у роботі медичного працівника.....</b>	<b>144</b>
Популярна психодіагностика.....	144
Фахова психодіагностика.....	151
<b>Розділ 5. Психотерапія для медичних працівників.....</b>	<b>191</b>
Психотерапія у формуванні здорового способу життя.....	191
Психотерапія при тривожних розладах та депресії.....	195
Структурне інтерв'ю у роботі медичного працівника.....	198
Практичні вправи.....	202
Післямова.....	203
Використана література.....	204
Рекомендована література.....	206
Інформація про авторів.....	208

## Слово до читача

Книга, яку ви зараз тримаєте у руках є однією із небагатьох, де представлено особливості спілкування медичних працівників з пацієнтами. Ні для кого не секрет, що слово лікаря є не меншим лікувальним засобом, ніж пігулки та процедури; воно як той спис може боляче вразити, чи потрапивши точно в ціль – допомогти пацієнту краще зрозуміти свою хворобу і мобілізувати усі зусилля на боротьбу із нею.

Я пригадую вислів французького письменника Антуана де Сент-Екзюпері «Якими б не були шедеври сучасної медицини, її технічні можливості, людина завжди буде вірити лікарю, який зуміє вислухати та проявити співчуття». В усі віки вміння вести бесіду лишається показником професіоналізму медичного працівника, складовою його компетентності.

Дана книга є продовженням двох попередніх книг авторів із психології спілкування для різних професійних груп. Вона доповнена інформацією, важливою саме для комунікативної діяльності медичних працівників, яка є важливою складовою їх професійної компетентності.

Посібник є значною мірою новаторським, оскільки його автори не лише акцентують увагу на відомих аспектах комунікації в системі «лікар-пацієнт», а й пропонують експрес-методики психодіагностики та психотерапії, які медичний працівник може успішно використовувати у своїй повсякденній діяльності, особливо актуально це для сімейних лікарів, для яких знання із психології та психіатрії є вкрай важливими.

Книга «Спис Гіппократа» покликана допомогти лікарю краще зрозуміти психологічні особливості пацієнтів із різними захворюваннями, їх ставлення до хвороби залежно від темпераменту, віку та статі, діагностувати психологічні ресурси у боротьбі із хворобами, зміни психічного стану на різних етапах лікування. Вперше представлено стислі діагностичні методики виявлення ПТСР, депресії, схильності до зловживання психоактивними речовинами, які стануть у нагоді насамперед сімейним лікарям та медичним працівникам ланки амбулаторної медичної допомоги, а представлені психотерапевтичні методики спрямовані як на самодопомогу медичним працівникам у профілактиці професійного вигорання, так і на допомогу пацієнтам у формуванні здорового способу життя та мотивованості на лікування.

Із задоволенням пропоную вашій увазі посібник «Спис Гіппократа». Сподіваюсь, він стане у нагоді широкому колу як медичних працівників, так і практичних психологів, соціальних працівників та усіх, хто цікавиться психологією спілкування у медичній галузі.

Заступник директора з  
науково-інноваційної роботи  
Інституту психології імені  
Г.С. Костюка НАПН України,  
член-кореспондент НАПН  
України, професор



О.М. Кокун

## Передмова

**Шановний читач!** Книга, яку ви тримаєте у руках, є продовженням розпочатої авторами роботи зі створення посібників із психології спілкування для різних професійних груп, зокрема й для працівників галузі охорони здоров'я. Без сумніву, взаємини лікаря і пацієнта багатогранні. Це комплекс психологічних і морально-етичних проблем, з якими лікарям доводиться постійно стикатися. Часто виникають питання психологічного характеру, які так чи інакше впливають на ефективність лікування, а для цього лікар має володіти не лише суто медичними знаннями, але і вмінні розмовляти зі своїми пацієнтами, враховуючи їх психологічні особливості та психічний стан. Останніми роками відбулися по суті революційні зміни в стосунках лікаря та пацієнта. На основі Конвенції про права людини і біомедицині (Страсбург, 2005 р.) пацієнти отримало право брати участь у процесі діагностики та лікування, а тому все більш активно прагнуть до відкритого діалогу із медичними працівниками.

Одна із найважливіших умов для встановлення взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом - відчуття підтримки. Якщо хворий усвідомлює, що лікар має намір допомагати йому особисто, а не просто виконувати те, що повинен робити суто по протоколу, то він, ймовірно, активніше братиме участь у лікувальному процесі. Коли лікар виявляє розуміння, пацієнт впевнений, що його скарги не просто висловлені, а й почуті. Розуміння неможливе без поваги. Повага передбачає визнання цінності людини як особистості. Особливо важливо це на етапах збору анамнезу, коли лікар знайомиться із особливостями життя пацієнта, його психічним станом і психологічними властивостями. Важливо розуміти і враховувати внутрішню картину захворювання - все те, що відчуває і переживає пацієнт, не тільки його ситуативні відчуття, але і загальне самопочуття, уявлення про свою хворобу, її причини та ймовірні наслідки лікування.

В Единбурзькій декларації Всесвітньої федерації медичної освіти (1988 р.) відмічається, що у кожного пацієнта повинна бути можливість зустріти в особі лікаря уважного слухача та ефективного клініциста. Тому ефективна взаємодія і спілкування в системі медичний працівник / пацієнт – є ключовою ланкою у взаємному досягненні задоволеності від лікувального процесу. Автори сподіваються, що дана книга стане гарним ресурсом із психології спілкування не лише для медичних працівників, а усіх, хто працює у лікувально-профілактичних закладах, зокрема для психологів, соціальних працівників та волонтерів.

Автори висловлюють вдячність за науково-професійну підтримку та допомогу керівництву Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, співробітникам лабораторії методології і теорії психології, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Окрема подяка за поради та рекомендації завідувачу відділенням хірургії ендокринних залоз Інституту ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України, доктору медичних наук, професору А.Є. Коваленку, також лікарям Інституту ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України Ю.М.Найді та С.В. Гулеватому; головному лікарю Черкаського обласного госпіталю ветеранів війни С.В. Задорожному, заступнику головного лікаря Черкаського обласного госпіталю ветеранів війни Е.М. Кульчиківському, головному лікарю Смілянської міської стоматологічної поліклініки А.В. Ножкіну.

Велика шана членам наших родин за терпіння та розуміння.

З повагою,

Валерій Зливков,  
Світлана Лукомська

# РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ СПІЛКУВАННЯ

## ОБ'ЄКТИВНІСТЬ ОЦІНКИ ПАРТНЕРА ПО СПІЛКУВАННЮ

Ще американський психолог Карл Роджерс помітив, якщо людина у 40% випадках проявляє один й той самий вид реакції – її співрозмовник справедливо вважає, що вона завжди так поводиться.

Від чого це залежить? Передусім від Людини, або, як ми психологи говоримо, від типу особистості. Відомими фахівцями із психології спілкування було виділено основні типи слухачів, серед яких можливо Ви впізнаєте і себе.

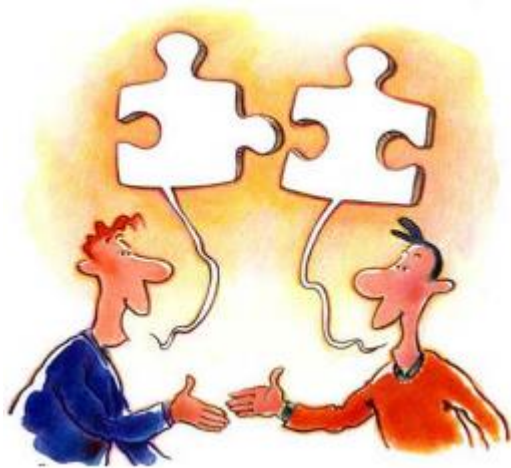
### Типи слухачів:

1. *Оцінювальник*. Категоричний слухач, який постійно оцінює те, що ми сказали залежно від своїх власних уподобань. Він чує виключно власні оцінки партнера, а не те, що йому насправді говорили.

2. *Інтерпретатор (Глумачник)*. Розсудливий, завжди готовий знайти причину того, чому була сказана та чи інша фраза. Шукає подвійний зміст у всьому, що сказано, завжди знає, чому це було сказано.

3. *Жалісливий*. Завжди співчуває співрозмовнику, легко і часто з ним погоджується. Без проблем приймає думку, протилежну до власної. Емоції та переконливість діють на його завжди.

4. *Діалогіст*. Аналізує, все, що йому говорять, часто перебиває співрозмовника фразами, що викликають відчуття допиту. Оціночними репліками заважає логічно викладати думки. Має конктерне, прямолінійне мислення, все намагається «розкласти по полицям» і вимагає цього від Вас.



Крім цих типів слухачів відомі фахівці зі спілкування С. Дерябо та В. Ясвін<sup>1</sup> виділяють людей, які, здається «не чують» нас. Це не означає, що вони дурніші від нас, але у спілкуванні з ними майже завжди виникають незрозумілі нам складнощі. Опишімо їх, можливо серед них є Ваші знайомі.

### Типи слухачів, які не слухають:

1. *«Фельдфебель»*. У спілкуванні схильний до диктату, пригнічення співрозмовника. Його відповіді «на корню» переривають партнера по спілкуванню. Сам того не усвідомлюючи, спілкується мовою наказів, жорстких і недоброзичливих оцінок сказаного Вами.

2. *«Заяць»*. Людина не здатна довго підтримувати тему розмови, постійно перестрибує з однієї думки на іншу. Часто жартує, дає поради і рекомендації за

<sup>1</sup> Більш ґрунтовно ознайомитись із цими та іншими науковими підходами можна наприкінці книги в наведеній бібліографії літератури із тих питань, про які ми говоримо в нашій роботі.

принципом «думки з приводу» тобто не безпосередньо по темі, а віддалено і набагато ширше ніж йшлося у розмові.

Чому це відбувається? Виявляється уявлення людини про саму себе складаються у певному образі «Я». Людина має багато образів власного «Я», які, згідно із рацями американського психолога М. Ротенберга, конструюються під різними точками зору.

«Справжнє Я» - як людина бачить себе на даний момент;

«Динамічне Я» - за допомогою яких засобів, зусиль, організацій людина хоче змінитися. Наприклад, вивчу англійську мову, вдосконалюю свої вміння роботи на компютері, отримую диплом про вищу освіту;

«Фантастичне Я» - яким треба бути згідно із завченими моральними і соціальними зразками поведінки. У психології є поняття «соціальна дисимуляція», коли людина вірить, що вона «Більший католик ніж сам папа Римський»;

«Майбутнє Я» - ким людина може стати, якщо здійсниться все, що вона спланувала. Тобто, через десять років вона стане президентом, директором, генералом.

«Ідеалізоване Я» - ким людині приємно себе бачити. Наприклад, жінка не худа, а струнка, або навпаки, не товста, а пампушка.

Ця інформація може бути просто цікавою фішкою «Про що думають психологи?» але вона розкриває причини, чому типів слухачів так багато, а таких, хто розуміє інших – одиниці. Адже мова йде про «механізм психологічного захисту», де основну роль грає «Ідеалізоване Я». Механізм психологічного захисту – це своєрідний «фільтр», який не пропускає до свідомості неприємну інформацію про самого себе. Людина несвідомо намагається пояснити собі, чому його стосунки з іншими далекі від ідеальних. В такому випадку будуються цілі «повітряні замки», де вона – завжди має рацію, а інші – ні. Враховуючи, що на «Ідеалізоване Я» людини накладаються засвоєнні з раннього дитинства життєві сценарії, результат спілкування виявляється гіршим, ніж міг би бути.



Вчитися бачити себе чесно, поглядом сторонньої людини, добре розуміти людей і ситуації – це основа для продуктивного спілкування, що допомагає досягти успіху у житті.

Особливе значення має рівень і способи організації зворотнього зв'язку між Вами і Вашим співрозмовником. Простіше кажучи, а що Ви зробили аби партнер зрозумів Вас правильно, а не приписав звички і думки людей, схожих на Вас? Часто з'ясується що нічого зроблено не було.

*Найбільш типові оцінки:*

- оцінюється не Ваша поведінка, а Ваша особистість (наприклад, коли Ви сердитесь на дитину то часто кажете «Ти дурний», або «Ти поганий», замість того аби сказати «Ти вчинив дурницю», «Твій вчинок поганий»);

- переважає оціночний компонент у висловлюваннях (коли домінує «Фельдфебель»);

- емоції не відповідають суті того, що говориться (дуже сухо, чи навпаки дуже емоційно, що заважає адекватно сприймати зміст висловлювання);
- загальна оцінка розмови, а не окремих її складових (за принципом «все подобається» або «нічого не подобається»);
- один із партнерів постійно домінує у спілкуванні, часто не викликано необхідністю, а є звичкою;
- правильні слова і оцінки подаються невчасно та не відповідають ситуації спілкування (згадаємо вислів «Дурість – це розумна думка, сказана невчасно»).

За словами відомого українського психолога Тамари Яценко основна функція механізму психологічного захисту полягає у тому, аби не допустити до свідомості людини наявності у себе негативних якостей (у характері чи поведінці), які оточуючими сприймаються як погані. Людина мов би оберігає себе від розуміння тих фактів, які виставляють її у негативному світлі.



«Механізм психологічного захисту» чинить руйнівний вплив на об'єктивність оцінки людиною власної поведінки, поставлені перед собою цілі, близькі та віддалені результати діяльності. Тобто з усіх варіантів оцінок результатів своєї поведінки людина обирає такі, що виправдовують її як перед оточуючими так і насамперед у своїх очах. Тобто механізми психологічного захисту різко знижують чесність людини стосовно самої себе і, відповідно, вміння бачити свої вчинки з точки зору інших людей. Всім вам відомий приклад: коли ви говорите своєму

товаришу, що вчора він на дні народження «перебрав міру», він зазвичай реагує зустрічним нападом: «А пам'ятаєш як ти сам нещодавно поведився у такій ситуації?» Ваша реакція очевидна, ви намагаєтесь згадати свою поведінку, і хоч більше аргументів для співрозмовника не маєте, все ж вчинки винуватця вчорашньої п'яної сварки це не виправдовує.

Загальним наслідком механізмів психологічного захисту є ігнорування людиною реального стану речей. При цьому вона переконана, що її поведінка послідовна, розсудлива, наміри завжди правильні, а результати повинні бути оцінені виключно як хороші чи якнайкращі із усіх можливих. При цьому вона впевнена, що її досягнення аналогічні її бажанням.

На думку відомого радянського дослідника Ігоря Кона, основну роль у формуванні механізму психологічного захисту відіграє «Ідеалізоване Я», яке будує у людині хибну картину того, як її сприймають оточуючі. Попри це, система захисних засобів спрямована на те, щоб очікування людини (зазвичай позитивні) реалізувалися.

З точки зору Тамари Яценко, механізми психологічного захисту формуються позадосвідним шляхом і працюють поза об'єктивною логікою поведінки, за принципом «Я хочу бачити це так!». Іншими словами, психологічний захист порушує усвідомлення людиною власної поведінки, а, відповідно й спотворює образ, який формується про поведінку в оточуючих. Найцікавіше, що пояснення невдач завжди йде завчасно заданим напрямком: 1) «Все було зовсім не так як ви думаете!», 2) «Могло б бути все набагато гірше», 3) «Це випадкова невдача», 4) «Ви



погано розбираєтесь у людях, а тому невірно мене зрозуміли», 5) «У Вас неповна інформація».

Механізм психологічного захисту – це низка специфічних прийомів, що знижують рівень неприємних, а часом і небезпечних для здоров'я емоцій. Можна сказати про своєрідні зміни інших об'єктивних подій або цілей. Наприклад, реакція «заміщення», коли роздратування проти однієї людини через можливі неприємності, безкарно реалізується на іншій, яка не може дати гідної відсічі. Це стосується не лише роботи, а й насамперед сім'ї, коли «крайніми» часто виявляються дружина або діти, чи знайома ситуація в громадському транспорті, у черзі до лікаря, де нерідко сварки відбуваються без видимої на то причини. Іншим приладом є механізм «раціоналізації», коли людина виявляє прояви агресії на безневинних людей, але при цьому чітко пояснює чим ті «заслужили» таку реакцію. Відома ситуація, коли чоловік повернувшись з роботи додому починає сварку з дружиною і твердо переконаний, що вона заслужила прояв роздратування «брудним посудом», «розмовами по телефону» тощо. Щось подібне відбувається із «проекцією» - коли людина свої негативні якості приписує іншим людям. Загальновідомо, що найбільшими поборниками моралі є саме ті, хто її постійно порушує.



Завдяки механізмам психологічного захисту зникає відчуття образи, адже – «у всьому винен інший», а власна поведінка позбавляється негативних якостей.

Сенс механізмів психологічного захисту полягає у тому, що вони захищають свідомість від негативних оцінок і переживань, витісняючи їх у підсвідомість. На їх місце приходять інші – приємніші для самооцінки. Все це знижує рівень об'єктивності людини, занурюючи її у фантастичний світ, де «Я завжди маю рацію!»

## МІЖСОБИСТІСНИЙ КОНТАКТ

Схема міжособистісного контакту була створена низкою психологів у 50-х рр. XX ст. Спочатку було виділено 4 фази міжособистісного контакту, які є своєрідним алгоритмом спілкування практично кожної людини. Згодом ця схема була доповнена ще двома фазами. Отже, розглянемо коротко кожен фазу.



*Фаза первинного сприймання людини людиною.*

Відбувається оцінка партнера за багатьма складовими, насамперед за принципом «подобається – не подобається». Незнайомій людині, яка інтуїтивно викликає у нас симпатію, ми приписуємо позитивні якості і мотиви поведінки, і навпаки, несимпатичну нам людину ми вважаємо гіршою, ніж вона є насправді. Крім того спрацьовує «принцип новизни». Якщо у перші 2-3 хвилини розмови

людина нам сподобалась, протягом деякого часу ми не помічаємо її негативних якостей і навпаки, якщо не сподобалася – її досягнень. Іншим принципом - є схожість на іншу, добре знайому нам людину. Вам здається, що людина, з якою ви щойно познайомилися, ззовні схожа на Вашого друга – переносячи на малознайому людину позитивні якості людини, на яку вона схожа, ви підсвідомо відчуваєте до неї симпатію. І навпаки, якщо нова людина чимось нагадує вашого кривдника – ви ставитесь до неї з пересторогою.

«Явище соціального стереотипу» проявляється у тому, що людину оцінюють відповідно до її приналежності до соціальної групи: військовий, спортсмен, студент, лікар, вчитель тощо. На основі вже складених уявлень про представників певних професій («психолог – значить бачить наскрізь», «лікар – добрий або хабарник», «вчитель – розумний», «бізнесмен – багатий»), ми оцінюємо нову людину без тіснішого знайомства з нею. Часто ця оцінка далека від дійсності, адже насправді психологи не ясновидці, а лікарі – не завжди хабарники. Згадаємо голлівудські кінофільми, де більшість американок – стрункі і вродливі, а американці – спортивні та мужні. Насправді ті, хто хоч раз були у США при загальному захопленні країною, говорять про «людей-пончиків», які вирости на гамбургерах, з фігурою, далекою від ідеальної. Отже, мова йде про те, що у перші хвилини знайомства ми бачимо не реальну людину, а виключно її зовнішність (словами відомої приказки «зустрічають по одягу...»), психологи називають це «Я – фізичне». Отже, на фазі первинного сприймання людини людиною думка про співрозмовника складається протягом перших хвилин контакту і будується на емоціях «Подобається – не подобається». Результатом цієї фази є формування першого враження про людину, яке може бути як правильне, так і помилкове.

#### *Друга фаза «Зближення».*

Проявляється в уточненні і коригуванні першого враження. Відбувається зіставлення перших емоційних оцінок співрозмовника, з його поведінкою у бесіді. З'являється інша проблема «Хто головний у розмові?», тут може бути декілька варіантів:

- 1) Співрозмовник домінує (наприклад при спілкуванні з керівником, батьками, менеджерами організацій, лікарями тощо);
- 2) Партнери рівні у спілкуванні (коли контактують колеги із рівним статусом, брат і сестра, в ідеалі – подружжя), при цьому відсутні вимоги, накази чи заборони, співрозмовники лише обмінюються інформацією;
- 3) Один із партнерів уникає спілкування, наче «тікає» від нього, при цьому втеча не є фізичною, можна лишитись із партнером, але втекти у сльози, сміх чи гнів. Відомий усім приклад студента на іспиті «А я вчив!», чи реакція на зауваження дружини («Сама дурна»).

Уявимо ситуацію коли Ви хочете придбати телевізор: менеджер може спокійно окреслювати їх характеристики, розповідати про переваги тієї чи іншої марки – тобто давати вам інформацію, а може авторитетно заявити, що краще купити конкретний телевізор, нав'язати вам свою думку, не обґрунтувавши її, при цьому ви можете як погодитися із думкою про свою некомпетентність, так образитися, що вам нав'язали товар, який ви особисто не хотіли купувати.

На етапі зближення відбувається «підлаштування» співрозмовників, але бувають випадки, коли перше, хоч і помилкове враження домінує. Існує точка зору в середовищі психологів, що є дві групи людей, які не схильні корегувати перше враження оцінки незнайомої людини. Перша – це розумні люди, які перебувають на керівних посадах не схильні до категоричності в оцінках та судженнях. В більшості випадків – вони дуже точні в оцінці людей, оскільки оцінюють людей як типових представників певних груп та професій. Якщо ж людина нестандартна, та вона «не вписується» в систему категоричного керівника й відповідно сприймається неправильно. І чим більше вона його дратує, тим більш неточною є оцінка. І друга – люди, що не схильні глибоко аналізувати ситуацію, оскільки цим співрозмовникам, досить часто поверховим та шаблонним в оцінках завжди все зрозуміло. Від них досить часто можна почути: «Так, ясно, далі», хоча більш глибоким людям в ситуації розмови ще зовсім не все ясно.



*Третя фаза* визначає специфіку взаємодії між партнерами по контакту – відбувається перевірка на психологічну сумісність. Результат фази – виконання певних ролей у спілкуванні, визначення статусу кожного із партнерів. Це логічне продовження другої фази, тобто співрозмовники уточнюють свої перші враження, визначаються хто у даному спілкуванні головний. Якщо ж очікування не відповідають дійсності – виникають серйозні проблеми. Уявіть, що Ваш співрозмовник переконаний, що він головний у вашій взаємодії, а Ви цього не помітили. З кожною фразою непорозуміння буде посилюватися, а незадоволення обох від процесу спілкування зростатиме. Інший приклад: Ви намагаєтесь спілкуватися з партнером на рівні обміну інформацією і пошуку компромісу із врахуванням інтересів обох, а партнер на Ваші слова реагує гумором, тобто уникає розмови аби не брати на себе відповідальність за результат спілкування. Яскравим прикладом взаємодії на третій фазі є ситуація, коли Ви не помічаєте, що за широкою посмішкою і показною товариськістю партнера приховується чіткий розрахунок і переслідування власних цілей на шкоду Вашим інтересам. Тоді Ви ослаблюєте контроль, а партнер маніпулює Вами нав'язуючи вигідну йому тактику розмови. Або якщо ви оцінюєте співрозмовника за його приналежністю до певної соціальної групи (наприклад, лікар) і не помічаєте, що вона менш всього схожа на той соціальний стереотип «лікаря Айболить», до якого Ви вже звикли, тоді лікар може скористатися Вашою довірливістю та позитивним ставленням до нього й призначити зовсім недоречне лікування чи непотрібні дорогі послуги.

Нарешті настає *четверта фаза контакту*, коли формується «почуття спільності – Ми». Тобто виникає на декілька хвилин реальне (або ілюзорне) емоційне почуття «Ми з тобою пливемо в одному човні, а тому повинні діяти разом», наприклад, не критикувати, не ображатися. Ми обмежуємо свої вимоги та очікування слідуванню єдиної цілі (згадаємо популярне декілька років тому звертання «Любі друзі! Ми з вами маємо зробити ...»), хоча мова тут йшла не про Ваші особисті інтереси, а інтереси конкретної особи – політичного лідера, чи його

партії). Отже, на четвертій фазі контакту формується почуття, що найкраще виражається словами персонажу відомого кінофільму «Ми з тобою робимо одну справу! Ти по-своєму, а я по-своєму!». Результатом цієї фази як правило є зниження критичності до висловлювань партнера, більша довіра до нього (нерідко помилкова, коли Ви пізніше розумієте, що Вами маніпулювали у своїх цілях).

Пізніше, наведена чотирихфазна схема контакту (створена для співробітників МВС для допиту підозрюваних або свідків з метою отримання від них максимуму інформації) була модернізована для психології ділового спілкування, відповідно додано ще дві фази контакту.

*П'ята фаза контакту – оцінка досягнутих результатів.* Її використовують вже наприкінці розмови, коли Ви ставите самі собі питання «Чи досяг я мети, яку ставив на початку розмови?». Наприклад, Ви звернулися до керівництва задля підвищення Вам заробітної плати, а керівник спрямував розмову зовсім у інше русло – тобто лишився при своїх інтересах, при цьому Ваші – жодним чином не були задоволені. Тоді слід вголос, лаконічно, конкретними фразами уточнити про що власне ви домовилися і які конкретні дії кожного із співрозмовників. Якщо цього не зробити, тоді кожен з партнерів для себе визначить результати перемовин, виключно із власних інтересів, що згодом може призвести до ситуацій «Ви мене обдурили!», тобто «Кожен говорив про своє і не чув іншого».



*Шоста фаза контакту – це вихід із нього.* Вже наприкінці розмови Вам потрібно розстикувати почуття «Ми» (сформоване на четвертій фазі контакту). Потрібно 2-3 реченнями, позитивними за формою і нейтральними за змістом сказати співрозмовнику, чому Вам було приємно з ним спілкуватися, тобто «ви лишаєте вхідні двері контакту відкритими» і завжди зможете повернутися аби продовжити бесіду.

## **БЕСІДА: ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ**

Напередодні першої зустрічі (незалежно від того, хто її ініціатор), перевірте свою готовність до неї. Для цього поставте собі декілька простих запитань. Відповіді дадуть Вам можливість зрозуміти, що саме Ви очікуєте від зустрічі, що отримати реально, а що просто лишається у Ваших мріях.

Не випадково був відомий вислів першовідкривачів Північно-Американського континенту: «Боже! Допоможи мені зрозуміти, чого я зможу досягти у цьому житті! Покажи мені те, чого я ніколи не зможу отримати! І, головне, покажи мені різницю між першим і другим!»

Знаючи реальне, а не прогнозоване майбутнє, Ви завжди зможете бути чесним перед самим собою.

### **Готуємося до бесіди**

*1. Яка головна і яка другорядна теми запланованої бесіди?* Це необхідно для того, щоб у випадку, коли розмова піде у інше русло, Ви завжди пам'ятали чому розпочали цю бесіду. Адже дуже ймовірно, що співрозмовник буде захищати власні інтереси і цілі, переключитися на інші питання, не зважатиме на Ваші плани. Пам'ятаючи мету бесіди, Ви завжди зможете до неї повернути співрозмовника.

2. Чи здивувався співрозмовник Вашому проханням про зустріч? Та ще важливіше: чи не було у нього прихованого роздратування? Якщо було, відповідно зустріч, ще не розпочавшись, вже скерована у негативне русло. Відбувається



протиріччя між Вашим оптимізмом «Все буде добре!» і скептицизмом співрозмовника «Нічого хорошого із розмови не вийде!». А тепер поспостерігаємо за співрозмовником: якщо він протягом 5-7 секунд після початку розмови по телефону не опанував себе, Ви зможете почути в його голосі неприховане роздратування. Тут важливо розуміти, що «слухати» і «чути» це не одне й теж саме. По інтонаціям іншої людини можна зрозуміти те, що вона не скаже словами.

3. Наскільки партнер готовий до бесіди? Що він знає і чи не потрібно детальніше окреслити йому тему бесіди? Конкретно поставлені питання збільшують Ваші шанси на успішне завершення бесіди.

4. Спробувати зрозуміти, на що зорієнтований співрозмовник: на процес чи на результат.

Якщо він зазвичай віддає перевагу процесу розмови – найважливішим для нього є бути у центрі уваги. Тоді:

- Він ставить багато зайвих запитань;
- Підкреслює свою значущість, кваліфікацію, досвід;
- Приділяє надлишкову увагу другорядним деталям;
- Не чує співрозмовника.

Якщо співрозмовник орієнтований на результат – він не витратить час на додаткові розмови. Його цікавитиме лише те, що він зможе отримати від Вас (зараз чи у недалекому майбутньому), при цьому керуватиметься принципом «Гроші – це час!».

5. Які об'єктивні та суб'єктивні перешкоди можуть виникнути у співрозмовників?

Об'єктивні перешкоди.

- Відсутність у співрозмовника грошей, які він готовий на Вас витратити чи можливої роботи саме для Вас;
- Вас хтось вже випередив, тому співрозмовник орієнтований на Вашого конкурента, того, хто прийшов до нього першим;
- Ви не сподобалися співрозмовнику за якимось, незрозумілими Вам якостями.

Проілюструємо об'єктивні перешкоди ефективному контакту відомою історичною байкою.

Колись по Середньовічній Франції подорожував король Людовік XIV. Не просто подорожував, а здійснював планову перевірку своїх володінь. Помітивши на горизонті замок, король попрямував до нього. У тиші замкових стін його зустрів комендант гарнізону і віддав рапорт. У відповідь Людовік суворо запитав:



- А чи відомо коменданту, що за статутом на честь особи королівської крові комендант повинен зробити 20 артилерійських залпів?

- Відомо - відповів комендант. Але у мене було 20 об'єктивних причин, що стали на заваді.

- Які? - суворо запитав король.

- Перша з них така, що у замку не має пороху.

- Достатньо! – перервав коменданта Людовік, який зрозумів, що насправді комендант не має грошей, а все інше – це другорядні причини, які виникають із першої об'єктивної.

Перша найважливіша об'єктивна причина полягає у відсутності у співрозмовника грошей і не важливо відсутності взагалі, чи виключно для Вас. Головне – розмова у будь-якому випадку не виправдає себе. Вам можуть запропонувати виконати роботу, а гроші за неї лише пообіцяти пізніше, в такому випадку завжди слід пам'ятати вислів із твору «Дванадцять стільців»: «Зранку гроші – ввечері стільці!»

#### Суб'єктивні перешкоди

У Вашого співрозмовника може бути конфлікт, напряду із Вами не пов'язаний (наприклад посварився із дружиною, чи із підлеглими), а своє роздратування він виміщує на Вас, роблячи Вас «цапом-відбувайлом». По суті розмова з Вами стає продовженням розпочатого конфлікту ще до вашої зустрічі. Крім того непорозуміння у бесіді можуть виникнути і через погане фізичне самопочуття співрозмовника. У таких випадках розмову краще перенести на інший час, знову домовившись про зустріч.

#### *6. Які питання Вам може поставити співрозмовник?*

Якщо Ви зможете спрогнозувати питання співрозмовника – то почуватиметесь більш впевнено і зможете наполягти на своїй думці. Для цього Вам стане у нагоді наступна вправа.



Напишіть на окремих аркушах паперу питання, які Вам найчастіше задавали протягом останнього місяця. Згадайте свої відповіді, але пам'ятайте, що на кожне питання слід мати два варіанти відповідей: коротку і повну, деталізовану. Відповідно, використовувати їх треба залежно від ситуації розмови, інколи достатньо однієї короткої фрази, а іноді – слід дати повну відповідь. Готуючись до бесіди, майте у запасі два варіанти відповіді, яку з них обрати – Вам

підкаже перебіг розмови.

#### *7. Які аргументи, зрозумілі для партнера, Ви приготуєте?*

1) Посилання на авторитетну для співрозмовника особу. При цьому важливість особи для Вас і для Вашого співрозмовника може суттєво відрізнятись. Тому перед бесідою зберіть якнайбільше інформації про співрозмовника, чи організацію, яку він представляє.

2) Акцентуйте увагу на важливості Вашої пропозиції саме для співрозмовника. Наголошуйте на користі, яку він отримає від співпраці з Вами. Наприклад, Ви пропонуєте використовувати в офісі енергозберігаючі лампи, при

цьому безпосередньо користь отримає Ваш керівник, оскільки зекономлені на електроенергії кошти можна бути спрямувати в інший напрямок (наприклад важливий для Вас), хоча на перший погляд здається, що звичайні лампи значно дешевші, втім при тривалому використанні економія бюджету буде суттєвою.

3) Посилання на досвід успішного застосування пропозицій, аналогічних Вашим, іншими організаціями. Як правило це спрацьовує, оскільки більшість людей все ж є конформістами, тобто роблять так «як у людей». Наприклад, бажання змінити телефон. З одного боку, старий надійний і гарно працює, проте аргумент «А у Васі вже нова модель!» впливає на бажання бути не гіршим від Васі і купити новий телефон.

4) Посилання на обмеженість Вашого ресурсу («На всіх не вистачить»). Пам'ятаєте як діють представники мереженого маркетингу? Вони акцентують увагу, що їх пропозиція представлена в обмеженій кількості і якщо Ви зараз не придбаєте у них товар, завтра його вже не буде, чи коштуватиме він значно дорожче.



У нас економічно нестабільний час ці аргументи є найбільш вагомими. Менеджер рекламуючи телевізори скаже, що післязавтра прийде нова партія телевізорів за значно вищими цінами (долар ж бо росте!), а турагент наполягатиме на ранньому бронюванні, бо через три місяці – ціни будуть вже захмарними.

У будь-якому випадку покажіть співрозмовнику свою корисність для нього. Яку вигоду він отримає від співпраці з Вами. Акцентуйте увагу на користі «тут і зараз», а не у віддаленій перспективі.

#### *8. Що Ви будете робити при різних реакціях співрозмовника?*

Обдумайте свої відповіді на наступні ситуації:

1) Співрозмовник рішуче буде Вам заперечувати. Чи зможете Ви швидко зорієнтуватися знайти аргументи на свою користь? Образитесь і грюкнете дверима? Намагатиметесь все одно отримати для себе користь?

2) Співрозмовник підвищить на Вас голос. Як Ви відреагуєте на роздратований гучний тон співрозмовника? Почнете грубити у відповідь чи зніжковісте? Чи зможете «тримати удар» і не переходячи на особистості зможете довести до співрозмовника свою думку. До речі, багато хто із кадровиків використовує цей прийом для перевірки при працевлаштуванні: якщо кандидат зможе зберегти спокій при такій поведінці менеджера з персоналу чи іншого представника роботодавця – тоді він матиме значно більше шансів на отримання бажаної посади. Гарячкуватість і образливість не є гарними друзями у ділових бесідах.

3) Співрозмовник каже, що його не зацікавила Ваша пропозиція. Ви повернетесь і підете геть? Будете й далі наполягати на своєму? Можливо співрозмовник не зрозумів користі від Вашої пропозиції, а наведених Вами аргументів було недостатньо. Варто спробувати інші стратегії. Декілька років назад вулиці Києва заповнили численні молоді представники так званої україно-канадської кампанії. Вони наполегливо пропонували перехожим придбати у них кухонний посуд та інші необов'язкові для вулиці предмети. Більшість із перехожих

ставилася до таких пропозицій негативно й шли у своїх справах. Як з'ясувалося згодом, це був своєрідний відбір кандидатів, здатних продати кому завгодно і що завгодно. Тим, хто пройшов відбір, пізніше на пільгових умовах давали кредити для початку підприємницької діяльності.

4) Співрозмовник багаторазово перепитує Вас про деталі пропозиції, які Ви вже йому окреслили. Роздратуєтесь? Будете нервувати і панічно шукати нові аргументи? Заспокойтесь, ймовірно співрозмовник Вас перевіряє, чи правдиво Ви навели аргументи, чи не плутаєтесь у деталях. Тому спробуйте «дубль 2», знову спокійно, не змінюючи інтонацій на недовіру чи роздратування, дайте співрозмовнику відповіді на усі питання, які він Вам ставить і одразу ж переходьте до обговорення результатів майбутньої домовленості.



9. Проговоріть чітко, короткими фразами результати бесіди. Про що саме ви домовилися і які терміни на виконання ваших домовленостей.

10. Обов'язково має бути досягнення домовленості про нову зустріч і емоційно позитивний вихід із бесіди. Скажіть співрозмовнику позитивні по формі і нейтральні по змісту фрази, про те, чому Вам було приємно спілкуватися з ним.

11. Після бесіди проведіть (вдома) «роботу над помилками», проаналізуйте, що із домашніх заготовок спрацювало, а що – ні. Поясніть собі, чому так сталося.

## ЕФЕКТИВНЕ СПІЛКУВАННЯ ІНТЕРНЕТ-МЕССЕНДЖЕРАМИ

(Skype, WhatsApp, Viber, Facebook Messenger, ICQ, Google Hangouts)

### 10 загальних правил спілкування Інтернет-месенджеррами

1. *Завжди представляйтесь.* Хоча б одним реченням розкажіть, хто Ви і чому пишете абсолютно незнайомій людині. Адже з аватарки і імені-прізвища не зрозуміло серйозна людина або черговий Інтернет-шахрай. Обов'язково додавайте до привітання звертання на ім'я співрозмовника, це не просто свідчення Вашої поваги до нього, а й підтвердження того, що Ви серйозно налаштовані на співпрацю.



2. *У першому повідомленні завжди звертайтеся до співрозмовника на «Ви».* Важливим є те, що ви з людиною поки не знайомі, і до спілкування на «ти» переходити відразу не варто. Якщо співрозмовник Ваш ровесник або молодший за Вас, можете запропонувати йому перехід на "ти" тільки після декількох повідомлень (але лише якщо бачите, що загальний тон

«розмови» - доброзичливий). До людей, які набагато старші від Вас, у діловому листуванні завжди звертайтеся на «Ви».

3. *Не телефонуйте абсолютно незнайомим людям на мобільний або в Скайп чи Google Hangouts без дозволу.* Мобільний телефон або служба відео-дзвінків - це той «останній рубіж», який є у будь-якої сучасної людини (неважливо, ким вона працює, чим займається і на якій посаді перебуває). Інша справа – якщо Ви



попросили номер для уточнення деталей, Вам цей номер дав сам співрозмовник і Ви з ним зв'язалися (вже з його дозволу).

4. *Починайте з головного.* Вступне слово (привітання, презентація себе, звідки Ви дізнались контакти співрозмовника) повинно скласти не більше 2 коротких речень. Далі переходите до суті, тобто звертаєтесь до співрозмовника із конкретною пропозицією / питанням / запитом.

5. *Не зволікайте із відповіддю на запит і не бійтесь говорити «ні».* Зволікання на прохання, резюме або пропозицію про співпрацю ставить вашого співрозмовника у стан хронічної невизначеності, зменшуючи тим самим довіру до Вас. Намагайтесь писати листи і повідомлення у робочий час. Пам'ятайте, що дати відповідь на лист електронною поштою Ви повинні максимум протягом доби. Відповідайте у месенджері щойно Ви побачили повідомлення. Якщо не можете відповісти по суті, дайте зворотній зв'язок про те, що лист чи повідомлення отримані і окресліть строки, коли дасте вичерпну відповідь.

6. *Будьте ввічливі і стримані, використовуйте лаконічну та дуже змістовну тему листа чи повідомлення.* У заголовку листа сформулюйте чітко в 3-5 словах те, навіщо і про що пишете, цим Ви підвищите імовірність отримання відповіді. Навіть якщо тон співрозмовника вас зачіпає або здається вам гордовитим, проявляйте стриманість і ввічливість: можливо, Ви просто зіткнулися із «захисною реакцією» людини, якій десятками в день приходять листи від різноманітних некомпетентних осіб.

7. *Якщо у Вас виникають сумніви – використайте пошукові сайти (на кшталт Google).* Наприклад у випадку, коли Ви сумніваєтесь у порядності, намірах і серйозності Вашого співрозмовника, не полінуйтесь знайти його в Інтернеті, у соціальних мережах чи навіть на сайтах знайомств: «скелети у шафі» часто лежать на найвиднішому місці.

8. *Електронну пошту, повідомлення у соціальних мережах перевіряйте двічі на день.* Орієнтуйтеся за адресами відправників і темою листів. Періодично заглядайте в папку «Спам» в поштовому профілі і у вкладку «Інші» в повідомленнях Facebook: туди іноді потрапляють важливі і потрібні вам листи.

9. *На час відраджень і відпустки включайте в пошти автовідповідач.* В правильно налаштованому автовідповідачі відповідь на отриманий лист міститиме контактні дані людини, з якою можна зв'язатися на час Вашої відсутності, а також примітки про Вашу доступність / недоступність для дзвінків і листів в певний період часу, можливості / неможливості написати вам в Skype, Facebook або іншими каналами зв'язку.

10. *Обов'язково перечитуйте своє повідомлення, перед тим, як його відправити.* Навіть якщо програма перевірки орфографії не показала помилок, помилки все-одно можуть залишитися. В результаті, слова набудуть зовсім іншого змісту, а Ви витратите багато часу, щоб пояснити співрозмовнику, що мали на увазі.

Розглянемо деякі особливості спілкування різними Інтернет-месенджерами.

**Skype** – це популярна безкоштовна програма-месенджер для чату і відеозв'язку. Skype також надає ряд платних функцій - для дзвінків на мобільні і стаціонарні телефони, груповий відеозв'язок, інтеграції із офісною АТС. *Переваги:* можливість здійснювати голосові та відео-дзвінки; передавати файли; підтримка

групових чатів; немає прив'язки до пристрою (обліковим записом skype можна користуватися із різних пристроїв); програмою можна користуватися як на телефоні, так і на планшеті, комп'ютері і на smart-телевізорі. *Недоліки:* при реєстрації потрібно придумати унікальне skype-ім'я; щоб почати спілкування з людиною потрібно знати її skype-ім'я; відео-дзвінки працюють добре лише на досить потужних телефонах; досить велике споживання Інтернет трафіку; сильно використовується ресурс батареї телефону.

1. Скайп – це не телефон і при здійсненні дзвінка ваш співрозмовник не завжди готовий відразу спілкуватися, особливо із використанням відео-дзвінків. Тому проявіть терпіння і спочатку напишіть текстове повідомлення про можливість здійснення дзвінка (Наприклад, «Ви он-лайн? Чи маєте час на коротку розмову?»).

2. Якщо співрозмовник відповідає не поспішає із відповіддю, не нервуйте, часто Скайп може бути включений, як і сам комп'ютер, але людини за комп'ютером немає.

3. Перед тим як зателефонувати, обов'язково подивіться на статус Вашого співрозмовника (не в мережі, невидимий, в мережі, немає на місці і не турбувати) Далі в залежності від статусу, відправте текстове повідомлення про можливість здійснення розмови.

4. Не зловживайте кнопкою Enter. Зрозуміло, що Ваше повідомлення дуже термінове, і замість того, щоб надрукувати його повністю та відправити, Ви поспішаєте і відправляєте його шматками, іноді навіть розриваючи слова. Співрозмовнику складно читати таке рване послання і адекватно на нього реагувати.

**Google Hangouts** – це програмне забезпечення для миттєвого обміну повідомленнями і відео конференцій, які дозволяють спілкуватися двом і більше учасникам (до 100). Фотографії, якими учасники обмінюються під час конференції, автоматично завантажуються в закриті альбоми Google+. Також доступна передача SMS повідомлень. Відсутня можливість безпосередньо видаляти учасників з чату. Для реалізації цієї дії доводиться видаляти весь чат і створювати новий вже без небажаного учасника. Відсутня можливість відправки відео.

**Facebook Messenger** – додаток для обміну миттєвими повідомленнями і відео, створене Facebook. У 2015 році . Після останнього оновлення у 2015 р. користувачам «Messenger» більше не обов'язково бути зареєстрованим в «Facebook» для входу в додаток досить вказати номер телефону.

**ICQ** (від англ. I seek you - «я шукаю тебе») - централізована служба миттєвого обміну повідомленнями мережі Інтернет.

#### *Правила гарного тону в ICQ:*

Коли Ви виходите в ICQ, не обов'язково вітатися з усіма, хто знаходиться on-line. Ви пишете «Привіт» тільки тим, з ким на даний момент маєте намір спілкуватися. Необов'язково також підтримувати постійний діалог з кожним користувачем.



Для того щоб висловити свої емоції або реакцію на те чи інше повідомлення, в ICQ прийнято використовувати смайлики. У ICQ не прийнято писати весь текст великими літерами. Повідомлення, написане великими літерами, може бути розцінено як підвищення голосу.

В ICQ необов'язково суворо дотримуватися пунктуаційних правил натомість існує особлива традиція використання розділових знаків: крапка в ICQ-повідомленні свідчить про завершення фрази. Крапка, поставлена наприкінці довгого діалогу, сигналізує про те, що Ви хочете закрити цю тему. Один знак оклику, поставлений без тексту, або кілька знаків оклику підряд (незалежно від наявності або відсутності тексту) в ICQ-повідомленні символізують масу позитивних або негативних емоцій (в залежності від контексту). Знак питання за відсутності тексту в ICQ-повідомленні символізує нерозуміння отриманого від співрозмовника повідомлення. Три крапки в ICQ-повідомленні в залежності від контексту можуть висловлювати такі почуття і настрої як сумнів, печаль, задумливість, відчай тощо.

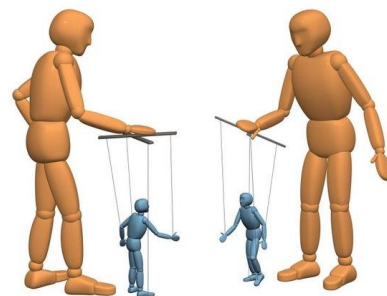
Якщо на чергове Ваше питання співрозмовник відповідає "ОК", згідно з правилами ICQ, Ви можете розцінювати це як вимушену відмову від продовження спілкування: швидше за все, в даний момент Ваш «візаві» зайнятий і не може далі підтримувати діалог. Якщо хтось перебуває on-line в режимі невидимості, не варто нав'язувати йому своє спілкування. У разі, коли Ви отримуєте ICQ-повідомлення, що містить кілька питань, за правилами етикету, Ви повинні відповісти на кожен з них. При ICQ-спілкуванні необхідно уникати використання висловлювань, які при прочитанні можна зрозуміти двояко.

*- Ти повинен стати мені рідною мамою, - сказав Карлсон. – Ти запитаєш мене, чи не бажаю я чогось, а я відповім, що мені нічого не треба. Нічого, окрім величезного торта, декількох коробок печива, гори шоколаду і багато цукерок.*

*Астрід Ліндгрен, «Карлсон, який живе на даху».*

## **МАНІПУЛЯЦІЇ У СПІЛКУВАННІ: ВИДИ ТА СПОСОБИ ЗАХИСТУ**

*Маніпуляція*, тобто спонукання робити те, що потрібно іншій людині. Будь-яке спілкування по суті є маніпуляцією, оскільки всі наші слова повинні викликати певну реакцію. Відповідаючи на питання «Як справи?», - ми очікуємо на розуміння, співчуття, схвалення. Чесне спілкування, позбавлене маніпуляції, в даному випадку виглядало б просто смішно: «Давай я тобі розповім, як у мене справи, а ти мене похвалиш?». Маніпуляція у спілкуванні відбувається тоді, коли людина говорить одне, а має на увазі зовсім інше. Маніпуляція завжди апелює до почуттів. Ніхто не хоче, щоб ним маніпулювали. Але можливість управляти іншими людьми була і залишається для кожного з нас великою спокусою.



Психологам часто доводиться чути: «Навчіть мене протистояти маніпуляції!» і «Як не піддатися на цю провокацію?», а ще «Допоможіть, як зробити так, щоб він (вона) ...» - прямий запит на маніпуляцію, керівництво до дії. Типові запити до психолога полягають саме у тому, як навчитися маніпулювати іншими («Як змінити

поведінку дружини», «Як змусити дитину бути слухняною?», «Як вмовити партнера по бізнесу?» тощо).

Дивно, але успішне маніпулювання розцінюється багатьма людьми як ознака сили і могутності. Тоді як сама потреба у такому впливі (і це підтверджують психологічні дослідження) породжена слабкістю – невірою в свої сили і можливості, нездатністю довіряти іншим людям та патологічною потребою їх контролювати.

Маніпуляція протистоїть відкритому діалогу, де кожна людина може щиро висловлювати свої потреби, бажання і почуття – так само як і давати таку можливість партнеру. У діалозі ми поважаємо позицію іншої людини, його потреби, приймаємо їх до уваги, при маніпуляції – ставимо на перше місце власні інтереси та акцентуємо увагу на слабостях інших.

Еверетт Шостром у своїй книзі «Анти-Карнегі» підкреслює, що маніпулятор – це глибоко нещасна людина: «Трагедія нашого життя в тому, що сучасна людина в результаті свого нескінченного маніпулювання втратила усіляку можливість виражати себе, жити теперішнім, натомість весь час витрачає на те, щоб утримати минуле і застрахувати майбутнє». Саме орієнтованість впливу або на минуле («Пам'ятаєш, як мені тоді було погано?»), або на майбутнє («Ми одружимося, коли ти навчишся варити борщ») при ілюзорній відсутності теперішнього – характерна особливість маніпуляції.

### **Маніпулятивні системи**

Мова йде про фактори, які спрямовують стратегії людини маніпулювати іншими (несвідомо чи свідомо для себе самої).

**Активний маніпулятор** – головна риса поведінки: демонстрація власної сили та права приймати рішення за інших, домінувати, керувати, давати вказівки. Він діє без найменшого сумніву у своїй правоті.

**Пасивний маніпулятор** – демонструє безпорадність, недалекоглядність, підштовхуючи активнішого партнера до бажання зробити за нього справу. Такий маніпулятор не тільки провокує інших людей на самоствердження (на кшталт «Дивись, як це треба робити!»), а й змушує їх виконувати чужу роботу.

**Змагальний маніпулятор** – його головним гаслом є «Життя – це боротьба!». Прагнення отримати перемогу у всіх обговореннях, суперечках та дискусіях. Для нього не існує поняття компромісу, він змагається заради власне змагання, він підсвідомо переконаний, що визнати правоту іншої людини – це означає принизити себе.

**Байдужий маніпулятор** – демонструє, що йому абсолютно байдуже, що може статися з ним та його справами, тим самим змушуючи своє оточення так би мовити «боротися за нього», показувати, як можна залагодити справи. По суті, він примушує інших виконати більшу частину його роботи. У «байдужість» часто грають подружні пари. Гра «Погрожувати розлученням» є чудовим прикладом того, як маніпулятор намагається завоювати партнера, але аж ніяк не прагне розлучитися з ним.

## Основні типи маніпуляторів

Маніпулятор – це завжди актор. Він грає певну роль перед партнерами, примушуючи їх добровільно зробити те, що вигідно саме для нього. При цьому, ці люди впевнені, що всі дії зробили раптово, несподівано для самих себе. Тобто, маніпулятор, використовуючи одну із вищенаведених систем маніпулювання й «накладаючи» на неї певний тип поведінки прагне досягти своїх планів. Зрозумівши його стратегію, завжди можна ухилитися від намагання «проїхатися на шару».



Отже, вісім основних типів маніпуляторів та безліч – підтипів.

Перший тип маніпулятора – **Диктатор**. У спілкуванні завжди перебільшує власну силу і можливості. Він домінує, наказує, цитує (часто дуже неточно) керівників і неформальних лідерів. Всім своїм виглядом він демонструє, що Ви зробите так, як він скаже, а інакше – Ви матимете проблеми.

Типи «Диктатора»: «Матінка-настоятельница», «Бос», «Керівник», «Молодший Бог».

«Матінка-настоятельница» - людина, яка всім своїм виглядом показує, що вона зробила для Вас гарну справу, а Ви – не виправдовуєте її очікувань. Від Вас чекали більшого! Тому, Ви змушені постійно робити щось аби виправдатися, але маніпулятор демонструє: «Я ж очікував на більше! Шкода, що так помилився в Вас...». Це призводить до стану хронічної невпевненості у майбутньому людини, якою маніпулюють. Відповідно, мова вже не йде про підвищення посади, зарплатні чи статусу, єдиною думкою лишається «Хоч би що, аби не звільнили з роботи!».



«Бос» - добре знайомий усім типаж маніпулятора. Його статусними ознаками є дорогий годинник, смартфон, одяг, авто. Часто попри демонстрацію зовнішньої переваги, у такої людини насправді немає грошей, вона живе у борг або в кредит, але це – комерційна таємниця! І коли така людина звертається до Вас із проханням, Ви навіть не уявляєте, що її реальне становище не набагато краще Вашого! Відповідно у відповідь на зроблену справу, Ви можете нічого не отримати.

«Керівник» - для цього «диктатора» головною є ієрархія. Як кажуть, без доповіді не заходити! Завжди витримує дистанцію між собою та підлеглими – щоб усі знали своє місце. Коли така людина просить Вас виконати роботу, яка перевищує Ваші функції, це не означає, що Ви отримаєте гідну компенсацію. Досить часто це просто тимчасове скорочення «психологічної дистанції» між ним і Вами, щоб змусити «стрибнути вище голови», втім потім дистанція зростає і виявляється, що ніхто нікому нічого не винен, оскільки Ви все зробили із власної ініціативи.

«Молодший Бог» - маніпулятор-керівник протилежної статі, який підкреслює позитивне ставлення до Вас як до симпатичного чоловіка (жінки), переконує співрозмовника працювати значно більше за інших, оскільки маніпулятор має щодо

нього цікаві плани, які базуються на особистій симпатії. Підлеглий напружено працює вдень і вночі та раптом розуміє – «Це тактика!», його просто використали. З цього приводу у американців є гарне прислів'я: «Господу Богу я вірю на слово, всім іншим – готівкою!» Єдиною порадою тут має бути тримання дистанції у стосунках на роботі, це дозволить зберегти нормальні робочі стосунки і не перенапружуватися виконуючи свої обов'язки.

Другий тип маніпулятора – **Ганчірка** – зазвичай жертва Диктатора, його полярна протилежність. Характерною ознакою є демонстрація того, що він старанний, але не дуже розумний. Тому для оточення буде краще підказувати йому що та як робити, допомагати виправити помилки. Відповідно, результатом маніпуляції є те, що інші люди зроблять за нього більшу частину роботи.

Типи «Ганчірки»: «Недалекий, але старанний», «Конформіст», «Невпевнений».

«Недалекий, але старанний», показує усім, що хотів як краще, а вийшло як завжди. Тому усі колеги його опікують, підстраховують і реально роблять за нього велику частину роботи, за яку гроші отримує він.

«Конформіст» - дисциплінований, ввічливий, але безініціативний та невпевнений. Через свою боязкість він із усіма погоджується. Відповідно, колеги повинні контролювати його напрямок роботи, аналізувати стан речей та давати рекомендації, що та як робити.

«Невпевнений» - гарний колега, але він ніколи не знає, як краще зробити, тому всі співробітники зі словами «Нам так спокійніше!» контролюють та організують його роботу.



Третій тип маніпулятора – **Калькулятор** – демонструє, що саме він є взірцем вимогливості та контролю роботи інших, але кожного разу з'ясовується випадково, ще це не стосується його власної діяльності.

Типи «Калькулятора»: «Аферист», «Гравець у покер», «Шантажист».

«Аферист» - людина, яка проголошує дуже гарні та правильні промови про те, як слід поводитися та працювати, але постійно відмовляє своєму оточенню у праві оцінювати його роботу за такими ж вимогами. При цьому аргументами є: у Вас неповна інформація, це випадковий збіг обставин, ця помилка сталася вперше (хоча насправді він помилився далеко не перший раз).

«Гравець у покер» - головною ознакою такого маніпулятора є те, що він працює лише на «прийом інформації» і майже ніколи – на її трансляцію. Від нього звично чути: «А як Ви думаєте? А як би Ви зробили?» Водночас, його власна позиція лишається утаємниченою. Мета такої маніпуляції: а) якщо Ви запропонували гарну ідею, її можна трохи відшліфувати та видати за свою; б) якщо



Ви сказали дурницю – Всім це буде сказано дещо поблажливо, зверхньо, але так – що Всі усе зрозумієте.

«Шантажист» - до гасел про необхідність порядку та контролю додається ще й компромат на оточуючих. Він збирає, часто неусвідомлювано, «негатив» на співрозмовників, аби при нагоді натякнути, що той далеко не янгол! А саме: перше, друге, третє... Метою маніпуляції є змусити інших робити те, що маніпулятору потрібно. При тому, що вголос проголошуються «солоденькі промови про корпоративну мораль та офісну дружбу».

Четвертий тип – **Прилипало**<sup>2</sup>, його головною ознакою є намагання викликати у Вас почуття власного благородства у допомозі слабкій людині, з якою завжди щось трапляється (проблеми із членами родини, зі здоров'ям тощо). Вас підсвідомо змушують робити роботу за цю «нещасну» людину. У розмовах із Вами такий маніпулятор завжди захоплюється Вашим благородством та порядністю, хоча керівництво щиро переконане, що свою роботу він робить самостійно.

Типи «Прилипало»: «Паразит», «Безпомічний», «Ех, життя не вдалося!».

«Паразит» - партнер ніби «присмоктується» до Вас, наполегливо просячи допомоги йому. Його головним завданням є: привчити Вас до думки, що Ви зобов'язані це робити, що це – Ваш неформальний обов'язок, а в силу свого благородства – Ви не зможете йому відмовити.

«Безпомічний» - логікою такого маніпулятора є те, що оскільки він дуже близько до серця сприймає свої проблеми та нещастя, у нього «все валиться з рук» і він не може виконати роботу. Вся надія – лише на Вашу шляхетність і внутрішню силу.

«Ех, життя не вдалося!» - маніпулятор із таким гаслом до опису своїх негараздів додає акуратні та нечіткі натяки на можливе самогубство, алкоголізм тощо. Він трансліює: «Мені так погано, що я не розумію, навіщо далі жити! Вся надія хіба що на Вас! Може допоможете мені подолати мої нещастя та виконаєте частину моєї роботи?»



П'ятий тип – **Бешкетник**. Така людина прагне підкреслити свою агресивність і недобррозичливість. Вона керує за допомогою погроз на кшталт «Навіть і не думай не зробити те, що я вимагаю. Інакше з тобою буде...».

Типи «Бешкетника»: «Ображатель», «Ненависник», «Сварлива баба».

«Ображатель» - постійно знецінює Ваші слова та дії з метою змусити Вас мовчати та робити усе, що



<sup>2</sup> Риба з тропічних морів, яка за допомогою спеціального плавця присмоктується до черепах, акул, скатів, човнів і таким чином може економити зусилля при власному русі

він скаже. Тоді Вас певний час згодні потерпіти.

«*Ненавистник*» - його стратегією є показати Вашу цілковиту нікчемність і пересічність з метою змусити підкорятися. Нерідко причина такої поведінки криється у тому, що колись маніпулятор чув ці слова на свою адресу, а тепер свою образу транслює Вам.

«*Сварлива баба*» - людина, яка прискіпується до кожного Вашого слова, постійно жорстко критикує. Її метою є примусити Вас психологічно «сховатися» й не брати участь у будь-яких розмовах на роботі.

Шостий тип – **Свій хлопець**. Він підкреслює свою турботу та увагу, по суті «вбиває» Вас своєю добротою, намагається «влізити в душу» й привчити Вас до думки, що така гарна і приємна людина завжди буде об'єктивною в оцінці всього, що з Вами трапляється. Але насправді цей маніпулятор вирішує свої проблеми із врахуванням лише власних інтересів і досить часто, за Ваш рахунок.

Типи «Свого хлопця»: «Доброзичливий», «Мораліст», «Людина команди».

«*Доброзичливий*» - завжди Вас хвалить і підтримує всі Ваші дії, відповідно Ви звикаєте орієнтуватися на її точку зору.

«*Мораліст*» проголошує дуже правильні речі про порядність, чесноти та дружбу, у результаті – Ви звикаєте до думки, що саме він є взірцем (наприклад того, як слід поводитись на роботі). Відповідно, у потрібні моменти Вас «трохи скерують куди слід», підкажуть як краще виправити свої помилки в інтересах колективу, керівництва, а передусім – маніпулятора!

«*Людина команди*» - його головною ідеєю є «Ми всі в одному човні, який не можна розхитувати!». Тобто не можна вимагати підвищення зарплатні, покращення умов роботи, більш справедливого ставлення до Вас тощо. Все це буде у «світлому майбутньому», але не зараз. При цьому з'ясовується, що сам прихильник командного патріотизму користується певними бонусами вже сьогодні.

Сьомий тип – **Суддя**. Його головна стратегія – максимально підкреслити власну критичність. Він нікому не довіряє, завжди схильний до звинувачень та обурення поведінкою інших людей, не схильний вибачати, пам'ятає чужі помилки роками та регулярно про них нагадує у потрібних обставинах.

Типи «Судді»: «Обвинувач», «Оцінник», «Той, хто змушує визнати свою провину».

«*Обвинувач*» - завжди підозрює Вас у підступних задумах, низькій кваліфікації, небажанні працювати. Його метою є змусити Вас випрадовуватись й, відповідно, втратити ініціативу та оптимізм, він прагне зробити Вас заляканим та легко керованим.

«*Оцінник*» - людина привчає Вас до того, що вона має право оцінювати все те, що Ви робите, однак оцінює вона лише негативно або нейтрально і ніколи – позитивно. Це призводить до того, що Ви побоюючись негативних оцінок своєї роботи, боїтесь говорити про якість та обсяг роботи Вашого самозваного експерта-маніпулятора.





«Той, хто змушує визнати свою провину» - його головною стратегією є поставити Вас у позицію людини, яка постійно йому винна і тому має якимось чином компенсувати власному оточенню ті проблеми, які виникли через Вас. Чим більше Ви виправдовуєтесь, посилаючись на логічні аргументи, тим більше Вас звинувачують на суто емоційному рівні. Партнер не шукає істини – він хоче зробити Вас відповідальним.

Восьмий тип – **Захисник**. Завжди підкреслює свою підтримку та поблажливість до чужих помилок. Головна стратегія – надмірно співчуваючи партнеру, не дозволяти йому діяти самостійно, без врахування думки маніпулятора. Тобто, новачка опікують, допомагають «стати на ноги», але привчають дослухатися до позиції опікуна. Це один із ефективних методів формування угруповань різної спрямованості.

Типи «Захисників»: «Квочка з курчам», «Покровитель», «Мученик».

«Квочка з курчам» - найнебезпечніший, оскільки найнепомітніший. Людину беруть «під крило», допомагають їй адаптуватися (наприклад у колективі), пояснюють норми поведінки («що добре, а що погано») і хто у колективі ким є. Особливо це люблять робити зі вчорашніми студентами, яким часто не вистачає життєвого досвіду спілкування поза студентською групою.

«Покровитель» - починають опікуватись, пояснюючи свій важкий досвід адаптації у колективі, що «ніхто йому не допомагав» і тому дав собі слово допомогти новій гарній та порядній людині безболісно стати членом колективу. Відповідно, той, кого вважають «гарною людиною», дивиться на колектив з позиції свого Покровителя.

«Мученик» - трудоголік, людина, яка «горить» на роботі: він раніше за всіх приходить і останнім йде до дому. Він завжди «у справах», постійно кудись поспішає. Часто це вже готові громадські діячі, що «вирішують справи». Така стратегія дозволяє йому приховати свою низьку кваліфікацію, повільний темп діяльності тощо.

## 7 видів маніпуляції у спілкуванні

### 1. Маніпуляція любов'ю.

*Єва: Адам, милий, мені здається, що ти хочеш зібрати мені ягід ...*

*Адам: Здається, я саме цього і хочу ... (Вистава «Божественна комедія»)*

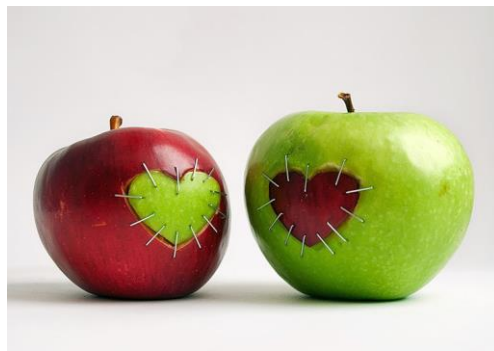
Маніпуляція діаметрально протистоїть любові, бо любов завжди дає іншій людині свободу, а не зводиться до бажання запрограмувати іншу людину на певну поведінку.

Відома усім фраза «Якщо кохаєш, то...» є показово маніпулятивною. Вона розрахована на близьких людей, тих, хто позитивно ставиться до маніпулятора. Типовими прикладами маніпуляції любов'ю є наступні:

- Я буду з тобою, якщо ти ... (список вимог);
- Я буду тебе любити, якщо ти ... (список вимог);
- Ти мені подобаєшся, якщо ти ... (ще один список).

Існують 3 любовні схеми:

1) одна людина - любить, а одна - не любить.



- 2) обидва люблять;
- 3) обидві не люблять.

Перша схема сама по собі дуже ефективна і зустрічається дуже часто. Людина-маніпулятор - це той, кого люблять. І що найцікавіше, той хто любить - дуже часто розуміє що він знаходиться під дією маніпуляцій, але нічого не робить, так як почуття стають понад усе. Друга схема: «Ти мене дійсно любиш? Тоді піди і зроби... Третя схема, за змістом трохи перетинається з першою, однак найменш болісна для обох партнерів.

Прийняти людей такими, якими вони є, не намагаючись їх змінити, відмовитися від потреби так чи інакше впливати на них і контролювати їх, - дуже складно. Страх втратити любов та бути знехтуваним має величезну силу від самого дитинства. Маніпулятивний вплив збільшується для тих людей, батьки яких необачно маніпулювали ними, на кшталт «Не будеш слухняним – не любитиму тебе», «Не прийдеш вчасно додому – ночуватимеш на вулиці». За цими складними і такими типовими для всіх фразами стоїть одна – «Слухайся мене».

Маніпуляція любов'ю одна із найпідступніших і жорстоких маніпуляцій, якими часто користуються в сім'ях. Дитина, яка звикла до такого поводження, починає розуміти що найближчі люди не приймають її цілком, люблять не за те, що вона є, а за те, що вона щось робить чи не робить. У партнерських стосунках, такі розмови також не призводять ні до чого хорошого. Адже в даному випадку на одну чашу терезів кладеться любов, а на іншу – певна умова. Виходить, що любов – це товар, який при необхідності можна обмінювати на послуги або гроші. Бажання всім подобатися, всім догодити, - це відголос тих самих маніпуляцій любов'ю, які людина отримала в дитинстві. Однак й у дорослому віці таким маніпуляціям реально протистояти. *Запам'ятайте – любов – не товар, а результат стосунків*, коли Ви помічаєте, що Вашими почуттями користуються, зупиніться й подумайте, наскільки це Вам потрібно.

## **2. Маніпуляція страхом.**

*Давайте-но перевіримо ваші зубки? - Каже усміхнений стоматолог на телеекрані, О-о-о ... !!! Так у Вас тільки два зуба без карієсу! А ще й кровоточать ясна!. Якою пастою Ви користуєтесь? Ну-у-у, тоді зрозуміло ... Тільки «Колгейт» врятує Вас від випадіння зубів і лікування бормашиною...*

Перший і основний інструмент маніпуляції – це страх, оснований на інстинкті самозбереження, він спонукає більшість людей до дії. Викликавши у людини почуття страху, Ви можете повністю підпорядкувати собі її волю і управляти ним як лялькою. Другий метод ефективної маніпуляції співрозмовником або групою людей – це брехня. Брехня є додатком до страху, яка може бути у вигляді лестоців, у вигляді неповної інформації, або виділення її певної частини. Брехня фактично породжує страх, адже використовуючи в якості помічника брехню, Ви намалюєте в голові іншої людини, будь-яку зручну Вам картину. Чому так легко маніпулювати на вірі людей у потойбічні сили? Тому що в основі віри лежить страх, зокрема страх покарання як для себе, так і для нащадків.



Страх – найсильніший мотиватор. Маніпулятор представить ситуацію так, що співрозмовник бачить лише потенційну небезпеку, а як правильно вийти з ситуації – підкаже маніпулятор. Наприклад, працювати у свято гріх, звідси виникають численні забобони, зокрема й такі, що майстрування у таких дні недопустимо. Так, замість того, аби щось корисне зробити своїми руками, людина у власний вихідний лежить біля телевізору, свариться у соціальних мережах, але не займається улюбленою справою.

Згадаємо давньогрецького філософа Аристотеля: «страх – це очікування зла», де ключовим саме є слово «очікування», іншими словами – невідомість. Для того, щоб нормально і повноцінно жити, нам необхідно певною мірою представляти, що нас чекає в майбутньому, ми повинні бути готові до різного роду неприємностей, знати, як їх долати. Якщо ж у нас немає більш-менш чіткого бачення ситуації – тоді виникає страх. Типовий приклад: постановка онкологічного діагнозу. Страх паралізує людину, вона ладна віддати останні гроші аби вилікуватися, сприймає на віру усі слова як лікарів так і «народних цілителів», замість того, аби заспокоїтися та перевірити свій діагноз у інших фахівців, визначити найоптимальніші методи лікування.

Використання людських страхів – один із найулюбленіших прийомів маніпуляторів, при цьому вони найчастіше користуються недостатньою інформованістю людини. Тому, аби захиститися від маніпуляції страхом, *з'ясуйте, наскільки реальною є загроза. Уточніть для себе ступінь і ймовірність небезпеки, звернувшись до незалежних і надійних джерел інформації, а краще до декількох.*

### **3. Маніпуляція невпевненістю у собі.**

*Коли людина постійно озиряється назад, вона частіше спотикається (Д.Роллінс).*

Типовий приклад: «Я керівник – ти нездара». Проблема керівника-маніпулятора полягає в тому, що він не володіє реальним авторитетом, але дуже хоче ним бути. Звичайно, можна почати грати в «піддавки» і лестити, втім лестощів йому ніколи не буде достатньо, заспокоївшись на деякий час, він із новими силами буде шукати підтвердження своєї переваги за рахунок чужих недоліків. Однак, маніпулювати Вами він зможе тільки в тому випадку, якщо Ви з приводу свого недоліку переживаєте.



Цей вид впливу частіше властивий чоловікам по відношенню до жінок («Товста, кому ти крім мене потрібна?»). Однак і жінки не відстають, особливо вправно вони грають на недостатній матеріальній забезпеченості чоловіка («З такою зарплатою спробуй знайти собі іншу. Нічого не вийде»).

Існує цілий набір маніпуляцій, спрямованих на приниження опонента. Розглянемо їх детальніше.

<b>Маніпуляція</b>	<b>Очікувана реакція</b>	<b>Спосіб протидії</b>
Оточуючі не зрозуміють або не пробачать Вашого рішення	Викликати відчуття небезпеки і невпевненості	Висловити обурення тим, що партнер використовує такі методи. Діяти впевнено
Демонстрація виняткової	Змусити опонента бути	Поставитися скептично

впертості і самовпевненості	прохачем, показати, що його методи неуспішні	до поведінки опонента
Постійне підкреслення того, що «Ваші аргументи не витримують жодної критики»	Викликати відчуття безсилля, невпевненості у правильності Ваших дій	Повідомити опонентові, що він не зовсім правильно Вас зрозумів та діяти на свій розсуд
Використання стратегії «Милій і підлій». Тобто, бути дружнім і разом з тим постійно обурюватися Вашою поведінкою	Налякати, дезорієнтувати Вас	Нейтрально ставитися як до товариськості, так і до агресивності опонента
Демонстрація Вашої залежності	Завоювати авторитет і змусити Вас засумніватися в собі настільки, щоб Ви не могли зберегти зайняту позицію	Продовжувати задавати критичні питання, реагувати демонстративно холоднокровно

#### 4. Маніпуляція почуттям провини.

*Ми віримо, що визнання провини веде до прощення і спокути. Проте воно призводить лише до нових звинувачень (Б. Герберт).*

Маніпуляції почуттям провини найкраще піддаються люди з низькою самооцінкою, які постійно прагнуть отримати схвалення оточуючих.

Ця маніпуляція дуже поширена у сімейному житті, її використання призводить до того, що чоловік і дружина починають грати в захоплюючу гру – колекціонування чужих провин. Хто більше назбирав, той виграв, тобто – отримав права на реалізацію своїх таємних бажань («Ти тричі за місяць ходив на рибалку – тепер моя черга відірватися із подругами», «Ти чотири години провела у перукарні, а я в цей час сидів дома з дитиною –сьогодні ввечері вдома не чекай, треба й мені якось розважитися»).



На почуттях провини і сорому грають не тільки в особистому, але і в діловому спілкуванні. Наприклад, керівник, аби змусити підлеглого вийти на роботу у вихідний день і без оплати, починає розповідати про своє власне «важке» положення, як складно зараз знаходити замовлення, а працювати, зокрема й на благо країни, треба. Численні невивплати зарплати часто маскуються фразою «Так у країні ж війна», апелюючи до почуття провини, й змушуючи людину працювати безкоштовно й не вимагати нічого від керівника. Іншим типовим прикладом є те, коли людина допомогла Вам працевлаштуватися, а потім часто наполегливо просить замінити її на роботі, виконати за неї складне завдання, а будь-яку відмову сприймає виключно як Вашу невдячність.

Для ефективної маніпуляції на почутті провини треба аби друга людина відчувала себе відповідальною за емоційний стан першої. Особливо це помітно у сім'ях, де хтось страждає на алкоголізм, а його партнер, будучи співзалежним, звинувачує себе в алкоголізмі іншого.

Існує кілька способів для того щоб викликати у людини відчуття провини: агресивний, витончений і явний. Розглянемо докладніше кожен з них:

1. *Агресивний* спосіб полягає у прямому звинуваченні людини, що призводить до цілковитої поразки у її бажанні виправдатися. Наприклад, «Це ти винен, що я не закінчила ВНЗ», «Тільки з твоєї вини ми не здали проект вчасно!», «Через тебе у мене поганий настрій».

2. *Витончений* спосіб маніпуляції почуттям провини вимагає певних акторських навичок у маніпулятора. У цьому випадку потрібно якомога емоційніше показувати своє «засмучення» через «помилки» опонента, при цьому, не звинувачуючи безпосередньо, а навпаки, вибачати на показ. Для посиленого ефекту, маніпулятор може взяти провину на себе, відшкодувати збиток тощо. Наприклад, дружина великодушно пробачає «загул» чоловіка, тим самим викликаючи у нього почуття провини.

3. *Явний* спосіб маніпуляції полягає у тому, що людину ставлять перед фактом наслідків її поведінки. При чому, маніпулятор позиціонує себе як жертву. Наприклад, «Якби ти не забув забрати дитину з садка, мені б не довелося йти раніше з роботи та пропустити важливу нараду, а це дуже не сподобалося керівникові. Тепер я не знаю, чи буду взагалі там працювати!»

Як виявити маніпуляцію на почутті провини? Якщо маніпулюють Вами, то Ви відчуєте почуття провини і непереможне бажання його швидше загладити «гарними» вчинками. Якщо маніпулюєте Ви, то відчуєте образу, бажання зробити на зло, «щоб знав». Маніпулюють почуттям провини тоді, коли бояться реакції партнера на прохання, бояться бути невдячними або навпаки зловживають на довірливості та позитивному ставленні іншої людини.

#### **5. Маніпуляція почуттям гордості (або маніпуляція лестощами).**

*Почувши лестощі на свою адресу, багато людей намагаються відразу ж показати собі і оточуючим свою компетентність та розсудливість, щоб приховати той сумний факт, що вони заковтнули приманку (Р. Девіс).*

Відома усім фраза «А тобі слабо?» є типовим прикладом маніпуляції на почутті гордості. Швидше, вище, сильніше, головне не зупинятися і не замислюватися. Якщо у першій половині життя гонитва за здобутками цілком виправдана, то після 40 років вона стає звичайним марнославством. Постійне бажання оволодівати новими благами, накопичувати речі аби бути «не гіршим від інших» чи «виділитися із сірої маси» стає причиною хронічної незадоволеності життям, а відповідно й слабким місцем для маніпуляцій («Подивись, Іванови вже другу машину купили, а ми все маршрутками їздимо», «Петрова по телевізору показали поважною людиною став, а ти...»).



Іншою стороною маніпуляцій почуттям гордості є лестощі. Маніпулятор розхвалює Вас при всіх, говорить компліменти, зізнається у щирій вдячності, при цьому живить Ваше марнославство і у певний момент починає діяти на свою користь. Засліплені відчуттям власної значущості Ви не розумієте, що Вами банально маніпулюють. Наприклад, керівник при всіх хвалить Вас за успішно виконане завдання і просить взяти на себе нові обов'язки, «але поки що, без підвищення зарплати». На подив, без будь-яких підозр Ви погоджуєтесь, тим самим стаючи дешевою робочою силою, берете на себе нові зобов'язання й знову очікуєте на похвалу керівництва. Безпрограшно похвалити те, чим людина в глибині душі дуже пишається: дітьми, онуками, дружиною, отриманою грамотою у конкурсі «Хто з'їсть більше вареників». Відзначати потрібно тільки реальні досягнення (нехай і мікроскопічні) і побіжно, у протилежному випадку лестощі виглядатимуть як банальне підлабузництво.

#### **6. Маніпуляція почуттям жалю.**

*Жалість до себе швидко обертається жорстокістю до інших (Д. Ємець).*

Мало хто ще зі школи не використовував цю маніпуляцію. Пам'ятаєте традиційне: «Олено Миколаївно! В мене живіт болить, можна я додому піду?» Існують дуже підступні маніпулятори почуттям жалю – «жертви», які весь час скаржаться на життя і збирають дивіденди – слова підтримки та допомоги. Ну як не поставиш вищу оцінку учневі, який контрольну роботу писав із сильним головним болем? Такі люди можуть нескінченно довго обговорювати з Вами їхні життєві проблеми, але ніколи не зроблять нічого, щоб щось змінити. Вказуючи на свої справжні чи уявні проблеми, людина впливає на інших, які, в свою чергу, із почуття жалю до маніпулятора виконують всі його прохання. Це найбільш примітивний, по суті дитячий вид маніпуляції. Втім, іноді маніпулятор настільки досвідчений, що Ви й не подумаете, що він скаржиться, але все-таки виконайте його прохання.

#### **7. Маніпуляція на «правилах пристойності».**

*Міркувати про пристойність – завжди непристойно (Б.Шоу).*

Почуття провини, що виховується з дитинства, змушує Вас турбуватися про те, як інші поставляться до Ваших вчинків. Ви настільки стурбовані сторонньою думкою, що не можете сконцентруватися задля досягнення власних цілей. Ви прагнете порадитися з оточуючими, перш ніж зробити чи сказати щось, здатне їх засмутити.

Типові «правила пристойності»: «Старших потрібно слухатися», «Чоловіки не плачуть», «Про себе потрібно думати в останню чергу», «Хороша людина прощає борги» тощо.



<b>Маніпуляція</b>	<b>Очікувана реакція</b>	<b>Спосіб протидії</b>
Патетичне прохання «увійти в становище»	Викликати прихильність і великодушність	Не брати на себе зобов'язань
Створюється видимість того, що позиція опонента надто складна для розуміння	Примусити партнера дати більше інформації, ніж потрібно	Запитати про те, що саме незрозуміло

Партнер вдає з себе «занадто ділового», вдаючи, що наявні проблеми несуттєві	Створити у Вас установку, що йде діалог двох досвідчених людей, яким не слід ускладнювати один одному життя	Твердо вказати на те, що є багато перешкод для вирішення проблеми
Авторитетні заяви, посилення на експертів і на «очевидні факти»	Викликати у вас страх бути некомпетентним, неконструктивним	Заявити, що деякі дуже важливі аспекти ще не були взяті до уваги

## 20 ознак маніпуляцій у спілкуванні

### 1. *Перепитування або зайві уточнення («Як Ви сказали?...»)*

У даному випадку маніпулятивний ефект досягається за рахунок того, що маніпулятор робить вигляд, що хоче краще щось зрозуміти, перепитує Вас, однак повторює Ваші слова тільки спочатку, відволікаючи Вашу увагу, а далі спотворює зміст сказаного Вами на свою користь. Показниками даної маніпуляції є такі фрази як «Це Ви точно сказали!», «Цікава думка!», «Уточніть чи насправді...».

Цей прийом – один із найефективніших. В його основі лежать дві класичні техніки маніпулювання: переведення розмови на іншу тему і видимий інтерес. Немає жодної людини, яка б не піддалася такому впливові. Протидіяти цій маніпуляції неймовірно складно, адже вона задовольняє відразу дві найважливіші базові потреби – у спілкуванні (зі мною говорять) і у визнання (моїми думками жваво цікавляться, отже, я – поважна людина!). Але головна складність полягає в тому, що цей прийом дуже складно помітити. Слід бути дуже уважним, завжди вслухатися в те, про що Вам говорять, і помітивши підступ – уточнювати раніше Вами сказане; причому уточнювати навіть у тому випадку, якщо маніпулятор, роблячи вигляд, що не помічає Ваше прагнення до уточнення, намагається перейти на іншу тему. Покажіть своїм опонентам, що Ви - «міцний горішок», наполегливий і уважний співрозмовник. Через деякий час маніпулятор просто втомиться і залишить спроби впливати на Вас оманливим інтересом і перепитуваннями.

### 2. *Фальшива квапливість («Гіпс знімають, клієнт виїжджає!», «Часу на роздуми немає – треба приймати рішення швидко!»)*

Маніпулятор у даному випадку прагне після озвучування будь-якої інформації швидко перейти на іншу тему, розуміючи, що Ви зосередитесь на ній, а сказане раніше не буде опротестоване.

Цей прийом застосовують у ситуаціях, коли жодним іншим чином не можна змусити людину прийняти рішення на умовах маніпулятора, який, посиляючись на відсутність часу, примушує іншу людину діяти за своїм сценарієм. Основними ознаками такої маніпуляції є швидке, емоційне мовлення, жвава жестикуляція, використання численних порівнянь. У результаті створюється ілюзія того, що запропонований маніпулятором вихід – навіть не найкращий з усіх



можливих, а єдиний. Типовим прикладом подібних маніпуляцій є так звані «щасливі години» («лише зараз і лише у нас Ви можете придбати товар за шаленими знижками» або «З 16.00 до 18.00 замов туристичну подорож від компанії «Т» за неімовірною ціною...»). Крім того, це улюблений прийом ріелторів, які під гаслом «На цю квартиру вже скільки покупців!», змушують клієнтів укладати не дуже вигідні для себе, але дуже вигідні для агента угоди. Однак цей вид маніпуляції не завжди є негативним, у деяких випадках саме він приносить людині, якою маніпулюють, безумовну користь, наприклад тоді, коли її треба відвести з небезпечного місця, чи не дати зробити фатальну помилку.

Як не стати об'єктом такого роду маніпуляцій? Якщо Ви задумаетесь, то зрозумієте, що у більшості ситуацій, коли Вас квапили із прийняттям рішення, не тільки можна - потрібно було почекати. Зрозуміло, є обставини, коли зволікати не можна (у критичній ситуації зі здоров'ям, при нещасних випадках тощо), але у повсякденному та діловому спілкуванні час на роздуми завжди є.

Головне – заспокоїтися і поставити собі одне-єдине питання: а чи дійсно у даних обставинах Ви маєте лише один вихід – той, який Вам пропонує маніпулятор? Або ж Вас навмисно підштовхують прийняти поспішне рішення, щоб отримати свою вигоду? А яку користь отримаєте саме Ви? Врахуйте, що маніпулятори завжди намагаються емоційно заразити свій об'єкт, «накрутити» його. Тому, якщо ви відчуваєте, що втрачаєте емоційну рівновагу, просто залиште ситуацію на деякий час, хоча б на п'ять хвилин, пославшись на нудоту, головний біль. Цей перепочинок дасть вам величезну перевагу перед маніпулятором і дозволить прийняти зважене рішення.

**3. Показна байдужість або псевдонеуважність** («Мені байдуже, друже мій...»)

Маніпулятор намагається якомога байдуже сприймати і співрозмовника і отриману від нього інформацію, тим самим несвідомо змушуючи людину переконати маніпулятора в своїй значущості для нього. Метою маніпулятора у даному випадку є отримання якнайбільшої кількості інформації. Маніпулятор показує людині, що та його абсолютно не цікавить. Саме – показує! Тому що справжня байдужість зазвичай ховається під маскою ввічливості і навіть легкого інтересу.



Цей прийом може проявлятися в тому, що маніпулятор не відповідає на запитання (робить вигляд, що не розчув), не реагує на присутність співрозмовника, не дивиться в його сторону, але при цьому весь час знаходиться поруч із ним. Така маніпуляція насамперед діє на людей марнославних, себелюбних, оскільки спрямована на задоволення двох базових потреб: сексуального потягу і потреби у визнанні. Наприклад, жінка, яка вважає себе чарівною красунею, буде, дуже ображена таким показним ігноруванням чоловіка і

усіляко намагатиметься звернути на себе його увагу. Батьки навмисно не помічають успіхів дітей, щоб вони вчилися ще краще, а керівники ігнорують завзяття підлеглих, щоб стимулювати їх працювати до останніх сил.



Як протидія в даному випадку рекомендується посилити власний вольовий контроль і не піддаватися на провокації. Якщо Ви помітите, що хтось посилено не звертає на Вас увагу, запитайте себе: а чому, власне, я це помітив? Поспостерігайте за цією людиною: можливо, вона навмисно ігнорує Вас. Якщо це так, тоді є два варіанти. По-перше, Ви можете прямо у неї запитати, що їй від Вас потрібно. По-друге, Ви можете вжити той же самий прийом проти маніпулятора: відвертайтеся від нього, не слухайте питань, не дивіться в очі, просто не помічайте його. У кожному з цих випадків реакція буде однаковою: маніпулятор зникне, втратить рівновагу, а згодом зрозуміє, що його план не спрацював, і припинить маніпуляцію.

#### 4. **Показна закоханість** («І що я в тебе такий закоханий?»)

Цей прийом – повна протилежність попередньому. За рахунок того, що один індивід (маніпулятор) розігрує перед іншим (об'єктом маніпуляції) закоханість, надмірну повагу, шанування тощо, він домагається значно більшого, ніж якщо б відкрито про попросив. Але є ситуації, коли показна закоханість може реально допомогти людині, надихнути її.

Добре діє умовний спосіб і закоханість у минулому: «Ех, коли б я був молодший, я б в тебе обов'язково закохався!» або «А знаєш, адже я була закохана в тебе!» Такі фрази дуже подобаються людям, однак не вимагають від маніпулятора жодних подальших дій.

Дієвим способом захисту від такої маніпуляції є зберігання «холодного розуму», критичне ставлення до висловлювань опонента. Як дізнатися – маніпуляція це або справжнє почуття? У переважній більшості випадків Ви повинні відповісти собі на питання: а як Ви -особисто ставитеся до цієї людини? І головне – як Ви ставилися до неї до того, як вона почала надавати Вам знаки уваги?

#### 5. **Уявна втома** («Пожалійте мене!»)

Ця маніпуляція – різновид тиску на жалість. Маніпулятор демонструє свою слабкість, неймовірну втому задля того, аби людина, якою маніпулюють, була поблажливою, не вступала у дискусію та погодилася на поставлені умови. Як правило, маніпулюють двома видами втоми – фізичною та психологічною. Відомо, що фізично втомлена людина неуважна, знесилена. Можна дуже довго пояснювати співрозмовнику свою позицію – і він буде ствердно кивати головою, начебто на все погоджуючись ... Але варто задати такому пряме запитання – і він не зможе відповісти, тому що через втому не зрозумів суть предмета розмови. Таким видом маніпуляції часто користуються діти, коли вдосталь набігавшись на свіжому повітрі й насправді фізично втомившись, сідають робити уроки. Зрозуміло, що батьки, побачивши такий стан дитини, зроблять усе можливе аби допомогти їй впоратися із завданнями та швидше йти відпочивати.



Отже, фізичну втому маніпулятор використовує найчастіше, щоб мотивувати відмову щось робити. Крім фізичної втоми є ще втома психологічна – коли маніпулятору настільки набридає рутинна робота, що задля отримання своєї користі

вона починає плакати, розкидувати речі. Тоді людині не залишиться жодного іншого виходу, крім як погодитися на умови маніпулятора, аби його заспокоїти.

Головним способом протидії цій маніпуляції є повний контроль інформації, поданої іншою людиною. Слід проявити достатньо сили волі і наполегливо вимагати від маніпулятора доведення всіх справ до кінця.

#### **6. Імітація нападу («Я тебе розітру в порошок!»)**

Як відомо, найкращий спосіб захисту – напад, а імітація нападу – один із найпоширеніших прийомів маніпулятора. Насправді маніпулятор не збирається виконувати ті дії, якими він загрожує об'єкту своєї маніпуляції. Цей прийом може бути використаний у різних ситуаціях, в тому числі і в якості захисту. Адже невмотивовані спалахи гніву на межі люті завжди викликають бажання заспокоїти співрозмовника – і дуже часто ціною значних поступок.

При цьому неважливо, які фізичні дані має маніпулятор, якщо він виражає агресію, люди, які знаходяться поруч з ним починають відчувати страх. Адже хто знає, що в нього на думці? Може, у нього ніж за пазухою? Або він взагалі ненормальний? У будь-якому випадку, той, хто лається, тупотить, розмахує руками і загрожує найстрашнішою розправою, наводить мимовільний страх на оточуючих. І треба сказати, чим більше у цієї сцени спостерігачів, тим більший страх вони відчують.

Для початку оцініть обстановку: чи дійсно нападник може Вам нашкодити? Якщо Ви об'єктивно сильніший за нього або на Вашому боці є ще люди – зберігайте спокій. Способи протидії можуть бути різними, наприклад можна показати абсолютну байдужість до гніву маніпулятора, тим самим збивши його з пантелику, а значить позбавити його маніпулятивної переваги. Можна самому різко підвищити темп власної агресивності мовними прийомами одночасно з легким дотиком маніпулятора (його плеча, руки ...).

#### **7. Надмірна підозрілість та очікування виправдань («Є підозра, що ти, дорогенький ...»)**



Подібний вид маніпуляції відбувається в разі, коли маніпулятор розіграє підозрілість в будь-якому питанні. Як відповідна реакція у об'єкта маніпуляції виникає бажання виправдатися. Невеликий натяк на те, що об'єкт щось приховує, недоговорює, в чомусь винен, - і він вже починає ніяковіти, намагається спростувати підозри і нерідко видає інформацію, яку за інших обставин ніколи б не відкрив.

У ділових переговорах цей прийом використовується відразу в двох цілях: дізнатися приховану інформацію і змусити опонента прийняти умови маніпулятора. Керівники часто вдаються до цього прийому, щоб стимулювати підлеглих працювати в посиленому режимі і не думати про гроші. Протидіяти цьому прийому можна двома способами. По-перше, з підозрами можна погодитися та довести їх до абсурду. Наприклад, чоловік, якого дружина підозрює в зраді, може відповісти так:- Ти що, завів коханку? - Так! І вже дуже давно!-?!- І зараз я хочу поцілувати свою коханку! .. (Чоловік цілує дружину).

Другий спосіб: попросити маніпулятора роз'яснити, що він має на увазі. Однак таку контрдію можна використовувати лише в тому випадку, коли Ви точно знаєте, що у маніпулятора немає жодних доказів проти Вас. Варіантом захисту є також демонстрація впевненості у собі, не реагування на образи, вольове протистояння спробі будь-якого маніпулятивного впливу.

#### **8. Авторитетність маніпулятора або обман владою.**

Засобом маніпуляції для цього прийому є слова авторитетної людини, яким може бути політик, керівник, батьки або просто значуща для об'єкта особа. Поза сумнівами, найбільші маніпулятори в цьому сенсі – батьки. Кого тільки вони не приводять в приклад своїм дітям! У трудовому колективі таким авторитетом найчастіше буває керівник, і це не дивно: адже саме у нього найбільше влади. Набагато гірше, якщо керівник не користується авторитетом у підлеглих, тоді у ролі маніпулятора виступає приближена до нього людина. Нерідко цією людиною буває секретар. Вершина маніпуляції авторитетом в цьому випадку – коли НЕ керівник, а секретар керує підлеглими, посиляючись на слова керівника.

Від такої маніпуляції легко захиститися пам'ятаючи про магію авторитету. Коли Вам намагаються нав'язати точку зору, посиляючись на чийсь слова, уявіть, що такі ж слова говорить людина, яка абсолютно нічого для Вас не значить.

#### **9. Удавана люб'язність, або плата за допомогу.**

Маніпулятор по-дружньому радить людині прийняти те чи інше рішення. Прикриваючись уявною дружбою, він, заради своєї користі, схиляє об'єкт маніпуляції до вигідного виключно для себе рішення.

Цей прийом дуже ефективний тому, що у багатьох складних ситуаціях нам дійсно потрібна мудра порада розумної людини, але такою може бути виключно фахівець своєї справи, наприклад, захворівши – ми радимось із лікарем, маючи проблеми із законом – з юристом. Те саме має стосуватися й усіх інших сфер нашого життя.



Як казав Франсуа де Ларошфуко: «Скільки лицемірства у звичці людини радитися! Той, хто просить поради, вдає, що ставиться до думки свого друга із шанобливою увагою, хоча насправді йому потрібно лише, щоб хтось схвалив його вчинки і взяв на себе відповідальність за них. Той, хто дає поради, прикидається, ніби платить за надану довіру безкорисливим бажанням стати в нагоді, тоді як насправді зазвичай розраховує отримати таким шляхом якусь власну користь або здобути собі авторитет».

#### **10. Гарний спосіб забути про ціле – детально розглянути деталі.**

Маніпулятор змушує об'єкт маніпуляції звернути увагу лише на одну конкретну деталь, не давши помітити головного, і на підставі цього зробити відповідні висновки. Слід зауважити, що така маніпуляція дуже поширена у повсякденному житті, коли більшість людей дозволяють собі робити висновки, фактично не володіючи ні фактами, ні більш детальною інформацією, а часто й не маючи власної думки про тему розмови, користуючись думкою інших.

Цей прийом успішно використовують для того, щоб створити враження загального благополуччя, коли насправді ситуація катастрофічна. За допомогою деталей можна приховати будь-яку брехню. Деталі створюють ілюзію правдивості та неупередженості. Адже, як відомо, щоб об'єктивно оцінити явище, потрібно подивитися на нього з різних сторін. Приказка «пустити пил в очі» - характеризує саме цю маніпуляцію.

#### **11. Іронія, або маніпуляції з усмішкою.**

Маніпулятор за допомогою іронічного тону, немов несвідомо ставить під сумнів будь-які слова об'єкта маніпуляції, який, у свою чергу, втрачає самовладання, гнівається, ображається, у нього значно знижується критичність мислення. Для ефективного захисту слід показати свою повну байдужість маніпулятору і в жодному випадку не ображатися.

Маніпуляція іронією успішно застосовується в рекламі. Іронічне висловлювання щодо конкурента може привернути увагу аудиторії до рекламованого продукту. Згадайте відому рекламу прального порошку «Т»: «Ваш порошок не впорався із простим завданням? Візьміть Т!» або «Що краще Т. чи кип'ятіння?»

#### **12. Перебивання або інтелігентне хамство.**

Маніпулятор домагається свого постійним перебиванням думки об'єкта маніпуляцій, скеровуючи тему бесіди у потрібне для себе русло. Класичними прикладами такої маніпуляції є: «Дозвольте Вас перервати!», «Вибачте, але я Вас переб'ю!», «Тисяча вибачень, можна я скажу, поки не забудь?».

На перший погляд нічого поганого у цьому немає (всі слова сказані ввічливо), за винятком одного: об'єкту не дають не те що думку закінчити – два слова сказати, але робиться це з таким винуватим і інтелігентним виглядом, що дратуватися незручно. Ця маніпуляція широко застосовується у ділових переговорах, особливо коли необхідно їх зірвати. Або ж довести об'єкт маніпуляції до такого стану, коли замість того, щоб висловитися, він відкрито вирадить свої негативні емоції.

Найбільш ефективним засобом захисту від такої маніпуляції є відповідь на запитання «Дозвольте перебити?» - «Не дозволяю» та далі продовжувати висловлювати свою думку.

#### **13. Провокування удаваності, або надуманість звинувачень.**

Подібного роду маніпуляції стають можливими в результаті повідомлення об'єкту маніпуляцій тих відомостей, які здатні викликати у нього гнів, а значить і зниження критичності в оцінці поданої інформації.

Іншим варіантом такої маніпуляції є хибність звинувачень, коли маніпулятор спочатку повідомляє про звинувачення, а потім – про те, що це була помилка. Часто маніпулятори працюють в парі: від одного об'єкт дізнається, що підозрюється у чомусь, від іншого – що підозру знято. Другий маніпулятор, таким чином, приносить добрі вісті, а, як відомо, хороших вісників нагороджують. В даному випадку нагородою буде інформація. Або об'єкт сам розповідає маніпулятору все, що знає, або розслабляється настільки, що починає робити помилку за помилкою.

#### **14. Специфічна термінологія або слова-монстри.**

У даному випадку маніпулювання здійснюється за рахунок використання маніпулятором специфічних термінів, незрозумілих об'єкту маніпуляцій, а у останнього, через небезпеку здатися некомпетентним, не вистачає сміливості уточнити, що ці терміни позначають.



Типовим прикладом є наступний: якщо написати в резюме «мерчандайзер», можна претендувати на вищу зарплату, ніж якщо вказати так, як є насправді «той, хто викладає товар на полиці». Батьки знають, як важко змусити дитину з'їсти тарілку каші – зате сирі вівсяні пластівці, так звані «мюслі», - дитина їсть з апетитом.

Спосіб протидії такій маніпуляції – перепитувати й уточнювати незрозуміле для Вас, а також розуміти, що часто за іноземними новомодними термінами ховаються зрозуміли усім слова.

### **15. Звинування у некомпетентності.**

Маніпулятор натякає на безграмотність і некомпетентність опонента. Нерідко фахівцям із вищою освітою доводиться чути від колег без освіти «Ви теоретики! А ми – практики!». Нове – це зазвичай експеримент, щось незвідане та не апробоване, а зрозуміти чи працюватиме воно на практиці дозволить лише його використання. Під впливом маніпуляції людина побоїться впровадити свої ідеї, а робитиме так, як це було 10, 20 років тому. Згайте вислів відомого футболіста Пеле: «Ніколи не бійся робити те, що ти ще не робив. Пам'ятай, ковчег був побудований аматором. Професіонали побудували Титанік».

### **16. Помилкове домислювання («Додумайте самі...»).**

В цьому випадку маніпуляції досягають свого ефекту за рахунок: 1) умисного замовчування інформації маніпулятором; 2) помилковому домислюванні об'єктом маніпуляцій. При цьому навіть у разі виявлення обману, у об'єкта маніпуляцій складається враження про власну некомпетентність внаслідок того, що він не так зрозумів, або щось не розчув.

«Ви ж самі розумієте, до чого це веде ...» - говорить маніпулятор. Людина погоджується щоб не здатися нерозумною, соромиться запитати – що має на увазі маніпулятор, а в результаті робить помилкові висновки, ще й лишається винною маніпулятору, який звинувачує її у тому, що вона все неправильно зрозуміла. А що тут розуміти, коли сказано нічого не було?

Якщо Ви хочете захиститися від подібної маніпуляції, завжди і у всіх вимагайте пояснень. Як би незручно Вам це не здавалося.

### **17. Уявна неувважність.**

У даній ситуації об'єкт маніпуляції потрапляє в пастку маніпулятора, який грає на власній нібито неувважності, щоб потім, добившись свого, послатися на те,



що він не помітив (прослухав) протест з боку опонента. Маніпулятор фактично ставить об'єкт маніпуляцій перед фактом скоєного.

Потрібно відрізнити справжню неухважність від уявної. Істинно неухважними можуть бути лише дуже люди, дуже зосереджені на виконанні певного завдання. Все інше їх просто не цікавить, тому вони багато чого не чують, не помічають. Це найчастіше люди науки або мистецтва, відповідальні керівники, чиєї уваги просто не вистачає на сторонні справи. Буває істина неухважність через хворобу (грип та його ускладнення, черепно-мозкові травми тощо). В інакшому випадку, якщо хтось скаржиться Вам на свою неухважність, пояснюючи чому він не зробив дорученої йому справи, - знайте, що це маніпуляція.

**18. Ефект спостереження, або пошук спільних рис** («Ми з тобою однієї крові...»).

В результаті попереднього спостереження за об'єктом маніпуляцій (в тому числі у процесі діалогу), маніпулятор знаходить або вигадує будь-яку схожість між собою і об'єктом маніпуляції, ненав'язливо звертає увагу людини на цю схожість, і тим самим позитивно налаштовує її до себе. Зазначимо, що цей ефективний прийом рідко використовується в якості разової маніпуляції. Він вживається найчастіше тоді, коли маніпулятор збирається використовувати людину протягом тривалого часу.

#### **19. Несподіване цитування.**

В даному випадку такий маніпулятивний вплив досягається за рахунок несподіваного цитування маніпулятором раніше сказаних слів опонента. При цьому в більшості випадків слова можуть бути частково вигаданими, тобто мати інший зміст ніж це говорив об'єкт маніпуляцій.



#### **20. Зміщення акцентів.**

Відкрийте будь-яку газету і прочитайте будь-яку новину. Ви думаєте, прочитавши її, Ви отримаєте повне, а головне – однозначне уявлення про те, що сталося? Не поспішайте з висновками! Все залежить від того, під яким «соусом» Вам подали цю «страву».

Кожна назва підказує нам, які висновки ми повинні зробити про цю подію. Скільки варіантів назв – стільки варіантів і висновків. Єдиним способом захисту від даної маніпуляції є те, що будь-яку інформацію необхідно перевіряти на основі різних джерел. Аналіз і зіставлення допоможуть Вам правильно розставити акценти і вибудувати реальну картину того, що відбувається.

#### **Типові маніпуляції, що використовуються пацієнтами стосовно лікарів «А Вам слабо?»**

Експлуатує небажання адресата здатися нерішучим, таким, хто боїться ризику, або боїться здатися непрофесійним. Так, наприклад, школяр каже батькові: «А слабо тобі вирішити задачу?». Батько вирішує задачу, тим самим виконуючи за сина роботу. Часто пацієнти беруть лікарів «на слабо».

- «А Ви можете розібратися в цих аналізах?». При цьому пацієнт дістає



роздруківки з інтернету із купою непотрібних показників, і лікар з розумним виглядом починає це вивчати.

- *«Ви дійсно можете мене вилікувати, чи мені треба звертатися до завідувача відділенням?»* «Ні, звичайно, я, тільки я!» Пацієнт поставив під сумнів компетентність лікаря, а значить, і його репутацію, відповідно лікар робитиме все, аби допомогти пацієнту. Але у даної маніпуляції є й зворотній бік: у складній ситуації лікар би звернувся до свого керівника, а тепер же намагатиметься зробити все сам, навіть зі шкодою для пацієнта.
- *«Ти ж лікар!»* Маніпуляція застосовується до друзів і знайомих. Наприклад, племінниця звернулася до свого дядька-стоматолога з приводу розладу шлунку у її собаки. І байдуже, що стоматолог, не ветеринар, він же лікар 😊
- *«Справжній лікар готовий прийти на допомогу і вдень, і вночі».* Якщо ви відчуваєте себе «справжнім» лікарем, тоді будьте готові цілодобово думати лише про те, як допомогти усім на світі. Навіть якщо ви на вечірці, не відмовляйте у допомозі пацієнту із нежиттю 😊

Кожного разу коли Вам здається, що хтось зачепив Ваше самолюбство, самоповагу чи компетентність, коли Ви бачите, що Вам кинули виклик і Ви ЗМУШЕНІ на нього реагувати-БУДЬТЕ ПИЛЬНІ, як правило, це прийом «А вам слабо?»

### **«Це неможливо!»**

Часто пацієнти, розуміючи, що потрібно зайнятися власним здоров'ям, наприклад, кинути палити, відмовитися від великої кількості жирної їжі, включають маніпуляцію «Це неможливо!». При цьому вони грають роль безпорадної «Дитини»,



а до лікаря звертаються, в кращому випадку, як до «Дорослого» ( *«Ви ж бачите, що я цього все одно не зможу зробити!»*), а в гіршому - як до «Батька» ( *«Призначте щось, щоб не було необхідності змінювати мій спосіб життя»* або *«Дайте якусь пігулку»*, тобто «вирішіть проблему за мене»). Зараз поширилися випадки отруєння пігулками для схуднення: пацієнт замість того, аби змінити свій спосіб життя та робити фізичні вправи, обирає

найлегший шлях – чарівну пігулку із сумнівним складом. У такому випадку, лікаря потрібно спрямувати пацієнта на взаємодію «Дорослий - Дорослий», пояснюючи необхідність проявити волю і зробити вибір між здоровим способом життя та хворобою.

### **«Досвідчений пацієнт»**

- *«Я знаю про свою хворобу більше, ніж будь-який лікар, я прочитав масу літератури, консультувався на інтернет-сайтах, спробував багато препаратів, тому, док, навряд чи ви мені скажете щось нове».* Такий пацієнт багато говорить, часто - не по суті, але усіяко намагається показати свою обізнаність. На прийом до хірурга прийшла жінка, вона досить скептично поставилася до порад лікаря, а наприкінці розмови сказала *«Я кандидат наук, знаю не менше Вас, а ще в інтернеті написано....»*

- «Призначте мені пігулки Т!», «Мені допомагають тільки пігулки, від ін'єкцій стає ще гірше!», «А у лікарні Д до мене ставились більш уважно та й обладнання там набагато краще!». Пацієнт впевнений у правоті та змушує лікаря сумніватися у своїй компетентності чи відчувати провину за гірше обладнання, менше можливостей для діагностики, хоча не знає насправді чи допомагає препарат «Т» даному пацієнту і чи у лікарні «Д» насправді краще обладнання та уважніші лікарі.



Не варто говорити такому пацієнтові: «Ви що думаєте, що розумніші за мене?». Найкраще спрацювати на випередження, зробити комплімент, а потім сказати: «Я бачу, ви людина дуже обізнана і досвідчена. Чим я все-таки можу вам допомогти?».

#### **«Привіт!» або маніпуляція панібратством.**

Любителі спілкуватися на «Ти». З першої ж зустрічі робиться спроба перейти на цей рівень спілкування навіть із лікарями старшими на 10-20 років. Не варто дозволяти пацієнтові це робити, слід тримати дистанцію.

#### **«Я хочу з Вами порадитись»...**

Багато пацієнтів, особливо похилого віку, люблять заходити до лікаря «порадитися». Це, безумовно, маніпуляція з метою перекласти на лікаря відповідальність за стан здоров'я та недотримання лікарських призначень: «Я все зробив, як Ви сказали» (хоча, насправді із трьох пігулок на день, пацієнт приймав одну), тим самим на лікаря перекладається вся провина за відсутність ефекту від лікування.

#### **«Ми не винні!»**

Маніпуляція родичів, зазвичай батьків дитини. До опікового відділення привозять дитину після падіння в окроп. Батьки запевняють лікаря, що «лише на хвилинку відвернулися», «він такий непосидючий». Насправді це лише бажання виправдати себе і зменшити почуття провини за хворобу дитини. Дана маніпуляція на перший погляд здається не такою вже й серйозною, але при найменших погіршеннях у стані дитини, батьки агресивно звинувачують у цьому лікарів, знову таки знаходячи виправдання собі.

### **Як не стати жертвою маніпулятора?**

**Крок 1. Логіка.** Найчастіше у маніпулятивному повідомленні немає зв'язку між вимогою та наслідком, тому можна пояснити маніпулятору, що у його проханні відсутня логіка. Іноді це допомагає, принаймні на деякий час виведе маніпулятора зі стану рівноваги.

**Крок 2. Незручність.** Іноді маніпулятивне висловлювання звучить цілком логічно, але має прихований підтекст. Ставити маніпулятора в незручне становище – захоплююча справа: («Ти хочеш відпочити з друзями – так і кажи, а не шантажуй мене рибалкою»).

**Крок 3. Позитивне ставлення.** Зазвичай маніпулятор не впевнений в собі, а своєю поведінкою, він намагається забезпечити собі владу над оточуючими, хоча



найбільше його турбує власна безпека. Дайте можливість йому відчути себе комфортно, скажіть, що розумієте, цінуєте і приймаєте його як особистість.

**Крок 4. Зробіть свій вибір.** Маніпулятор тисне на ваші почуття і сподівається тим самим змусити зробити те чи інше. Вас лякають? Дайте відповідь іронією. Вас беруть на слабо? Здивуйтеся!. Вас виводять з себе? Пам'ятайте про те, що це лише запрошення, яке Ви можете прийняти і від якого можете відмовитися. Маніпулятор буде здивований.

**Крок 5. Вчіться говорити «ні».** Інакше Ви залишитеся найкращою здобиччю для маніпуляторів. Кожен має право говорити «ні», кожен має право відмовлятися. Вимовіть це слово рішуче, відмовтесь від бажання подобатися всім без винятку.

**Крок 6. Бережіть свої емоції.** Основним завдання прийомів маніпулювання є відволікати людину від власних інтересів, збивати з пантелику, отримувати вигоду, використовуючи перекручену реакцію. Щоб не виправдати очікувань маніпулятора, слід чітко і твердо розуміти свої головні інтереси, залишатися самим собою, який би тиск на Вас не чинили.

**Крок 7. Живіть теперішнім.** Маніпулятор дуже рідко живе сьогоднішнім. Найчастіше, він або згадує минуле, щоб виправдати свої недоліки та бездіяльність, або й орієнтується на туманне майбутнє, відповідальність за яке покладає не на себе, а на інших. Тому найкращий захист від маніпуляцій – це усвідомлення себе тут і зараз, дозвіл собі поводитися на свій розсуд і вільно виражати свої емоції.

У випадку, коли уникнути маніпуляцій не вдається, застосовуйте контрманіпуляції.

*Контрманіпуляції* – це відповідна маніпуляція, у якій використовуються обставини, створені попереднім маніпулятивним впливом.

#### *Принципи контрманіпуляцій:*

- Користуйтеся короткими фразами.
- Виражайтеся неясно.
- Намагайтеся використовувати готові фрази, приказки та прислів'я.
- Віддавайте перевагу безособовим реченням.
- Вдавайтеся до гумору, якщо це дозволяє контекст. Посміхайтесь, особливо в кінці фрази.
- Висловлюйтесь самоіронічно (говорите про самого себе з гумором).
- Залишайтеся ввічливі.
- Не вступайте в дискусію, якщо вона не веде ні до чого або веде до приниження.
- Уникайте агресії.
- Використовуйте іронію тільки в тому випадку, якщо ви відповідаєте на зауваження і при цьому повністю впевнені в собі.
- Не намагайтеся виправдати себе.

### 10 фраз у техніці контрманіпуляції:

1. Це ваша думка.
2. У це можна повірити.
3. Ви маєте право так думати.
4. Це можливо.
5. Таке зі мною буває.
6. У кожного свої смаки.
7. Не турбуйтеся за мене.
8. Я спокійний.
9. Я в цьому не сумніваюсь.
- 10.Що ви хочете цим сказати?

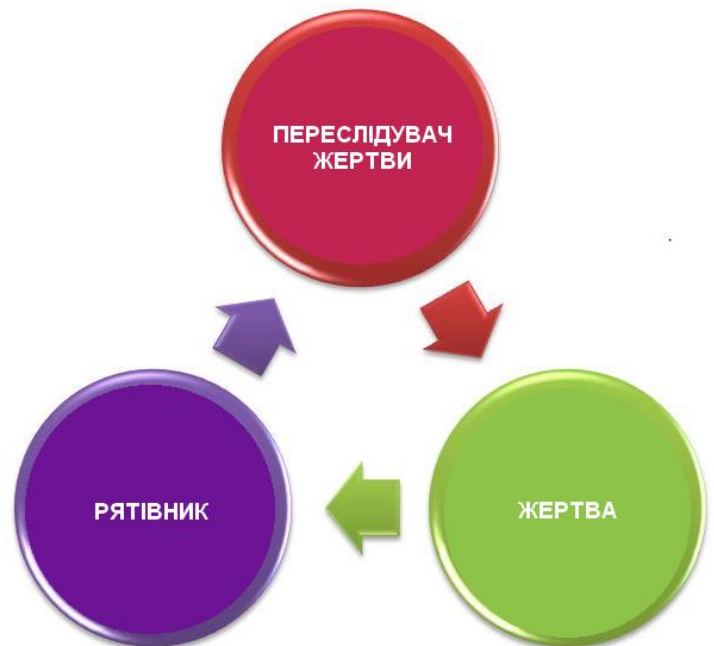
### Трикутник Карпмана

*Чим безглуздіше люди, тим частіше вони потрапляють в трикутник Карпмана*

**Трикутник Карпмана** – психологічна і соціальна модель взаємодії між людьми у транзактному аналізі, типовий зв'язок трьох основних проблемних ролей у людських стосунках, вперше описаний Стівеном Карпманом в 1968 році.

Все різноманіття ролей, що лежить в основі ігор, в які грають люди (за Е.Берном), може бути зведене до трьох основних - Переслідувача винних, Жертви переслідування і Рятівника.

Трикутник, в який об'єднуються ці ролі, символізує їх зв'язок і постійну зміну. Спілкування в межах цього трикутника – дуже ефективний спосіб не брати відповідальність за свої вчинки і рішення, а так само в нагороду за це отримувати сильні емоції і право не вирішувати свої проблеми (так як у них винні інші). Переслідувач вважає що в усьому винна Жертва, про що він і повідомляє, або їй самій, або Рятівнику. Жертва вважає, що винен Переслідувач, і це їй дозволяє жалітися на власну долю, й шукати того, хто б її врятував, щоб на час перетворитися в Переслідувача. Рятівник шукає, кого б врятувати, перевівши зі стану Жертви у стан Переслідувача.



Кілька типових трикутників.

Старий Лікар – Пацієнт – Новий Лікар;

Дружина – Чоловік – Коханка;

Чоловік – Дружина – Теща.

Кожній з ролей відповідають властиві лише їй почуття.

У **Переслідувача** найголовніша емоція *праведне обурення*. У **Жертви** – внутрішня Суєта, *паніка*. У **Рятівника** – *жалість, почуття обов'язку і відповідальності за іншу людину*.

В умовах трикутника, рятівник – це не той, хто допомагає комусь у надзвичайній ситуації. Це той, хто має змішаний або прихований мотив, який насправді егоїстично вигідний «тому, хто рятує». Наприклад, він може насолоджуватися, коли бачить, що від нього хтось залежить чи хтось йому довіряє. На перший погляд здається, що він діє з бажання допомогти, але насправді він грає з жертвою, щоб продовжувати отримувати свої переваги.

Жертва не така безпорадна, як себе відчуває; згодом їй стає мало того, що вона отримує та починає вимагати більшого від Рятівника, який, у свою чергу, не може виконати усіх забаганок Жертви. Так поступово і непомітно Рятівник стає Жертвою, а колишня Жертва стає Переслідувачем (Агресором) для свого колишнього Рятівника. І чим більше Рятівник докладает зусиль для порятунку Жертви, тим більше він стає їй винен. Очікування ростуть, і він зобов'язаний їх реалізовувати. Колишня жертва все більше незадоволена тим, що Рятівник «не виправдав її сподівань», а відповідно, перетворює колишнього Рятівника на Переслідувача (оскільки тепер вже його звинувачує у всіх своїх проблемах). Жертва шукає нових Рятівників, адже у неї кількість агресорів зросла – колишній Рятівник не виправдав очікувань, за великим рахунком, обдурив її, і повинен бути покараний. Колишній же Рятівник, будучи вже Жертвою своєї колишньої Жертви, виснажений в спробах (ні, не допомогти, його зараз хвилює лише одне - зуміти врятуватися від «жертви») – починає (вже як справжня жертва) шукати інших рятівників – і для себе, і для своєї колишньої Жертви. Переслідувач (справжній агресор, той, хто і вважає себе переслідувачем) як правило, не знає про те, що Жертва насправді не жертва, не така вже й беззахисна, а просто грає цю роль.

*Типові почуття, які переживають учасники подій.*

<b>Жертва</b>	<b>Рятівник</b>	<b>Переслідувач</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Примус</li><li>• Безсилля</li><li>• Нікчемність</li><li>• Заплутаність</li><li>• Розгубленість</li><li>• Образливість</li><li>• Жалість до себе</li><li>• Безпорадність</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Жалість</li><li>• Бажання допомогти</li><li>• Відчуття власної переваги над Жертвою</li><li>• Компетентність</li><li>• Поблажливість</li><li>• Почуття всемогутності</li><li>• Самовпевненість</li><li>• Неможливість відмовити</li><li>• Співчуття</li><li>• Відповідальність</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Відчуття власної правоти</li><li>• Відчуття благородного обурення і праведного гніву</li><li>• Бажання покарати порушника</li><li>• Бажання відновити справедливість</li><li>• Ображене самолюбство</li><li>• Азарт полювання</li><li>• Роздратування на жертву і рятівників</li></ul>

Якщо Ви опинилися у цьому «магічному» трикутнику, то знайте, що Вам доведеться побувати у всіх його «кутах», пережити усі його ролі. Події у трикутнику можуть відбуватися як завгодно довго – незалежно від свідомих бажань їх учасників. Дружина алкоголіка не бажає страждати, алкоголік не бажає бути алкоголіком, а лікар не хоче обманювати сім'ю алкоголіка. Найголовніше – зрозуміти, на якій ролі саме Ви увійшли в трикутник. Тоді можна змінити ці деструктивні ролі на інші – конструктивні. Переслідувач повинен стати для Вас Учителем (пам'ятаєте відомий вислів «Наші вороги дають нам найкращі життєві уроки»); Рятівник – Помічником або максимум – Провідником (можна – тренером: Ви робите, а тренер тренує), а Жертва – Учнем.

Якщо Ви опинилися в ролі Жертви – почніть вчитися. Якщо Ви Рятівник – не думайте, що той, «хто потребує допомоги» немічний і слабкий, цим самим Ви робите йому ведмежу послугу, оскільки виконуючи замість нього роботу, не даєте Жертві можливість вчитися. Нехай людина помиляється, але це будуть її помилки, щоб згодом вона не могла звинуватити Вас, коли спробує стати Вашим Переслідувачем.

### Трикутник Переможця

**Трикутник переможця** – психологічна модель, протипага драматичному трикутнику Карпмана, яка демонструє людині, як змінити соціальні транзакції при вході у трикутник на будь-якому із трьох його кутів. Наприклад, Жертва повинна відчувати себе вразливою, Переслідувач – стати впевненим у собі, а Рятувальник діяти як турботливий.

#### Кути Трикутника Переможця: Впевнений - Турботливий – Вразливий

<b>Вразливий</b>	<b>Турботливий</b>	<b>Впевнений</b>
<p>Як і Жертва, Вразливий усвідомлює, що має проблему від якої страждає. Він відрізняється від Жертви тим, що зберігає можливість логічно мислити і бере участь у вирішенні своїх проблем. Вразливий знає, що може думати і відчувати одночасно. При вирішенні проблеми він просить про допомогу і підтримку, розуміючи при цьому, що якщо отримає відмову – то знайде інші способи задоволення своїх потреб.</p>	<p>Як і Рятувальник, мотивований щирим співчуттям до вразливих. Турботливий відрізняється про Рятувальника тим, що поважає здатність Вразливого мислити, вирішувати проблеми, просити того, що він хоче. Не втручається, якщо його не попросять про допомогу.. Якщо Турботливий не хоче допомагати, він впевнено відмовляється без почуття провини. Головним вмінням Турботливого є користування навичками</p>	<p>Впевнений використовує свою енергію на задоволення власних потреб і захист своїх прав. Але, на відміну від Переслідувачів, не зацікавлений у покаранні інших. Він розглядає переговори як частину процесу вирішення проблеми, щоб максимально задовольнити свої потреби у даній ситуації. Найбільше Впевненому необхідні навички впевненої поведінки.</p>

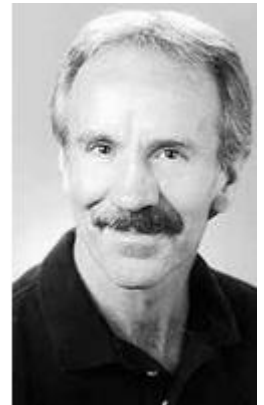
Головним вмінням Вразливого є здатність вирішувати проблеми	активного слухання.	
---	---------------------	--

Кути обох трикутників – драматичного трикутника Карпмана і трикутника Переможця – мають схожі характеристики. Проте кожен кут драматичного трикутника включає знецінення, а знецінення є запрошенням до психологічної гри. Трикутник Переможця виключає знецінення і дозволяє людині діяти автономно.

## МЕТА-МОДЕЛІ У СПІЛКУВАННІ

У 1975 році вийшла в світ книга Джона Гріндера і Річарда Бендлера «Структура магії». Це була перша книга нового напрямку в психології – нейролінгвістичного програмування (НЛП), втім історія НЛП почалася не з цієї книги, а набагато раніше ...

**Джон Гріндер** (10.01.1940, США, штат Детройт) – американський лінгвіст, доктор філософії, консультант НЛП. Отримав класичну освіту в школі єзуїтів, закінчив психологічний факультет Університету Сан-Франциско на початку 60х і поступив на військову службу в армію США. Служив у Південній Америці і Африці полковим перекладачем, володів кількома іноземними мовами: італійською, німецькою, мовою жителів Самоа. Одного разу, під час однієї з військових операцій, потрапив в африканське село, де на диво швидко вивчив мову Суахілі. Дж. Гріндер почав із вивчення поведінкової мови і завершив оволодінням мовленням вербальним. По суті тоді він займався тим, що згодом в НЛП назвуть «моделюванням». Роком пізніше був переведений для роботи в Європу (Німеччина), спочатку в спецвійська а потім в розвідслужбу. Наприкінці 60х Дж. Гріндер пішов у відставку в чині капітана і повернувся у коледж для того, аби зайнятися вивченням лінгвістики. Незабаром отримав докторський ступінь в Каліфорнійському Університеті в Сан Дієго, а далі продовжив навчання в університеті Рокфеллера. Там Дж. Гріндер досить багато спілкувався з Джоном Міллером – одним із творців моделі Т.О.Т.Е. і автором знаменитої роботи «Магія числа 7 + 2». Працюючи в коледжі в Сан-Франциско, він особливо зацікавився теоретичними розробками американського лінгвіста Наума Хомського, який вивчав різні аспекти лінгвістики і, зокрема, синтаксис.



На початку 1970-х Дж. Гріндер був асистентом професора лінгвістики в Каліфорнійському університеті в Санта Круз, а Річард Бендлер – студентом математичного факультету в тому ж університеті.

**Річард Бендлер** (24 лютого 1950, Нью-Джерсі, США) – психолог, у 1973 р. отримав ступінь бакалавра з філософії та психології в Каліфорнійському університеті в Санта-Крус і в 1975 р. – ступінь магістра в галузі психології у Лоун Маунтейн Колледж у Сан-Франциско. Спочатку Дж. Бендлер більшу частину часу приділяв вивченню інформатики, але, натхненний бесідами з другом сім'ї, він вирішив вивчати психологію. Зацікавившись сучасними, новаторськими терапевтичними школами, він



перейшов на факультет психології і став асистентом допомагати вести семінари відомого фахівця у галузі сімейної терапії Вірджинії Сатир. Він роздавав завдання учасникам семінару, вмикав музику, і звертав увагу на те, що робила Вірджинія Сатир. Р. Бендлер помітив у діях Вірджинії деяку структуру, але ніяк не міг розпізнати її, і тоді він звернувся за допомогою до лінгвіста- Дж. Гріндера, разом вони виокремили певні лінгвістичні патерни, якими В.Сатир успішно користувалася. Помітивши спільні інтереси, Р. Бендлер і Дж. Гріндер вирішили об'єднати свої знання в галузі лінгвістики та інформатики з мистецтвом копіювання невербальних поведінкових одиниць з метою розвинути нову «мову змін».

Незважаючи на те, що Вірджинія Сатир і Фріц Перлз належали до різних психотерапевтичних шкіл і використовували різні підходи до терапії, Р.Бендлер і Дж. Гріндер виявили, що вони обидва застосовують одні й ті ж лінгвістичні шаблони. Уміння Р. Бендлера будувати математичні моделі та знання Дж. Гріндером праць Н. Хомського у галузі трансформаційної граматики, допомогли їм виокремити ці шаблони, а потім і змодельювати методи цих двох великих терапевтів. Результатом їхньої спільної діяльності стала книга «Структура магії» (т.1, 2, 1975-1976 рр.).

Р.Бендлер і Дж. Гріндер стали проводити практичні семінари. Навколо них сформувалася група студентів і психотерапевтів, серед яких – Роберт Ділтс, Леслі Кемерон-Бендлер, Джудіт Делозір, Стівен Джіліган, Девід Гордон. На основі цих семінарів вийшла книга –« 3 жаб у принци» (рос. «Из лягушек в принцы», 1979 р.). У 1980 роках група припинила свою роботу через антисоціальну поведінку і пристрасті до наркотиків Річарда Бендлера. Багато хто з учасників самостійно продовжили дослідження в галузі НЛП. Книги написані Р.Бендлером в співавторстві з Дж. Гріндером припинено друкувати через правові проблеми між авторами. Пізніше книги були перевидані. Р.Бендлер вимагав юридично зареєструвати НЛП як його власне відкриття, однак йому не вдалося це зробити.

З 1982 по 1987 роки Джон Гріндер спільно із Грегорі Бейтсоном і Джудіт Делозір створюють Новий код НЛП. Саме антрополог Грегорі Бейтсон зіграв ключову роль у формуванні цієї групи. У класичний код НЛП додаються елементи екології для отримання цілісності системи і досягнення максимальної віддачі нейролінгвістичних технік. Екологія НЛП включає в себе низку питань:

- Які ефекти від змін?
- Які ще моменти могли мати значення?
- Отриманий результат все ще бажаний?
- Чи не приніс результат шкоду собі або іншим?
- Чи є мета й досі позитивною та бажаною?

У 2001-р. була опублікована книга «Шепіт на вітрі» (рос. «Шепот на ветру»), в якій зроблено спробу виправити недоліки, допущені в класичному НЛП підході. У цій книзі Дж.Гріндер дав чіткий опис контексту відкриття, епістемології НЛП, і рамки майбутніх досліджень. Дж. Гріндер закликав НЛП співтовариство повернутися до основи НЛП – моделювання і вказував на загальний низький рівень сучасних тренінгів НЛП.

Р.Бендлер і Дж. Гріндер прийшли до висновку, що мова виступає в якості репрезентації нашого досвіду, а для того, щоб він міг справлятися зі своєю функцією

репрезентації, мова повинна володіти набором виразів, в яких представлений досвід людей. Базуючись на роботах лінгвістів-трансформаціоністів і допустивши, що правила побудови виразів можна розглядати незалежно від власне їх змісту, Р.Бендлер і Дж.Гріндер створили мета-модель мови, яка дозволяє:

1. Збирати інформацію.
2. З'ясувати точні значення.
3. Ідентифікувати обмеження.
4. Виявляти нові можливості.

Мета моделі дають можливість з'ясувати:

- лікарю у пацієнта, у чому саме його проблема;
- підлеглому у керівника, що саме йому потрібно зробити і в який термін;
- продавцю у покупця, що саме йому, нарешті, потрібно;
- чоловікові у дружини, коли точно приїде теща;
- господареві у будівельників, чи зрозуміли вони, в який саме колір потрібно пофарбувати цю стіну;
- дружині у чоловіка, чи точно він зрозумів, який смартфон їй подарувати на день народження;
- чоловікові у дружини, яку саме вечерю вона планує готувати;
- батькам, чого саме хоче дитина на день народження тощо.

Наш досвід є базою для побудови різних моделей цього світу, а за допомогою слів (мови) ми репрезентуємо ці моделі зовні. Наприклад, Вам кажуть: «Мене вкусила собака». Почувши цю фразу, яку саме собаку Ви собі уявили? Добермана? Вівчарку? Бультер'єра? Або дворняжку? Але ж собака, яку Ви собі уявили, і собака, яка вкусила людину, - це не одне і те ж. З цього речення Ви не зрозуміли, ні що це за собака, ні як конкретно вона кусалася. Щоб отримати про це інформацію, Ви напевно запитаете: «Яка це була собака?» і «Як конкретно і куди саме вона Вас вкусила?». Ці уточнюючі питання допомагають Вам зібрати інформацію про те, що мав на увазі клієнт та з'ясувати значення його слів. А це вже застосування *мета-питань*.

Приклади мета-питань:

- Якщо всі ми зараз повіримо в те, що депресія Саші пов'язана з його дитячими переживаннями, що станеться? Чи буде через це Саша відчувати себе краще або гірше? Як зі ставленням Саші до його батьків? Чи зміниться воно?
- Отже, ви думаєте, що причина проблеми в тому, що ваш чоловік п'є. Якби це було саме так, допомогло б це при вирішенні проблеми або тільки все погіршило?

Перед тим як інформація з глибинних структур досягне свідомості і стане поверхневою структурою, відбудеться низка трансформаційних процесів:

а) **Узагальнення** – об'єднання інформації згідно із внутрішніми критеріями і ознаками. Наша свідомість здатна сприйняти від 5-ти до 9-ти одиниць інформації, Тому сприйняту інформацію ми групуємо і класифікуємо. Наприклад: мама, сестра, бабуся – жінки: мама, сестра, бабуся – носять спідниці. Висновок: всі жінки носять спідниці, або: той, хто носить спідницю – жінка.

*Квантори спільності* – набори слів, за допомогою яких робляться універсальні узагальнення.

Слова: «все», «кожен», «ніхто», «завжди» тощо.

Висловлювання: «Люди перебувають в масовому трансі», «Все, хто не вірить в бога - грішники», «Все, хто у вишиванці – патріоти», «До лікарів без уніформи – менше довіри».

Виявити квантори спільності можна за допомогою спеціальних питань: «Чому ти вважаєш, що люди знаходяться в трансі? Ти теж в трансі? Що це за транс?», «Чи зустрічав ти хоч раз хорошу, але не віруючу людину?», «Що значить патріотизм? Чи зустрічав ти патріотів без вишиванок?»...

*Модальні оператори* – встановлюють межі, які визначаються неписаними правилами.

Слова: «повинен», «треба», «зобов'язаний», «хочу», «можу», «треба».

Висловлювання: «Мені потрібно терміново отримати другу вищу освіту», «Я повинен встигнути на зустріч», «Тобі не слід робити цього»...

Існує два основних типи модальних операторів: модальні оператори необхідності і модальні оператори можливості. Модальні оператори можливості є найбільш сильними з цих двох типів. Це «можу» і «не можу», «можливо» і «неможливо». Вони визначають, що людина розглядає у якості можливого. Фріц Перлз, засновник гештальт-терапії, відповідав на висловлювання клієнта «Я не можу ...» наступним чином: «Не кажіть: я не можу, скажіть: я не буду!» Це досить сильне переформування негайно переміщує людину зі стану безвиході в стан можливості, принаймні дає усвідомити можливість вибору. Питання: «Що вас зупиняє?» переносить акцент на ціль і налаштовує на роботу із подолання бар'єрів в якості першого кроку.



Сенс модальних операторів можливості «Я не можу» - прояснюється за допомогою питань: «Що сталося б, якби ви зробили?» або «Що перешкоджає вам?»

Модальні оператори необхідності виявляються у словах: «треба» / «не треба», «повинен» / «не повинен», «зобов'язаний» / «не зобов'язаний». Існують деякі правила повсякденної поведінки, але ці правила не виражаються явно. Які наслідки – реальні або уявні – порушення цих правил? Вони розкриваються за допомогою питання: «Що б сталося, якби ви все-таки зробили (або не зробили) це?»

Пацієнт: Я повинен завжди ставити на перше місце інших.

Терапевт: Що станеться, якщо ти цього не зробиш?

Пацієнт: Я не повинен приймати ці ліки (наприклад, снодійне).

Терапевт: Що станеться, якщо ти все-таки вип'єш снодійне?

Як тільки ці наслідки і аргументи стали явними, вони можуть бути обдумані і критично оцінені, в іншому випадку вони будуть обмежувати вибори і поведінку.

*Вттрачений перформатив (втрата суб'єкта)* – мовленнєвий акт, еквівалентний вчинку. Головним чином, втрачений перформатив стосується оціночних суджень, висловлених людиною з приводу тих цінностей, в яких вона твердо переконана.



Висловлювання: «Справжній чоловік повинен відслужити в армії», «Те, що ти говориш, повний абсурд», «Семеро одного не чекають» тощо.

З'ясувати конкретні причини, через які людина висловлює ті чи інші оціночні судження можна за допомогою навідних запитань: «Хто сказав, що справжній чоловік повинен обов'язково відслужити в армії?», «Хто саме визначив, що мої слова абсурдні?», «Чому семеро не можуть почекати одного? Хто це придумав? Чому ти в це віриш?».

Робота з цією формою узагальнення полягає у задаванні мета-питання «Для кого?».

Приклади узагальнень у медицині: Підліток, який протягом року двічі захворів на ангіну, вважає себе хронічно хворим і таким, що потребує постійного піклування. Пацієнт, у якого сильно заболів живіт, вважає, що це запалився апендикс.

б) *Упущення* – велика частина інформації, яка надходить до свідомості буде упущена. Наприклад, «Я боюся лікарів» опущено безліч інформації, а саме: чи завжди людина боїться лікарів, яких конкретно собак і як конкретно вона боїться.

*Прості упущення* мають місце в тих випадках, коли людина нічого не повідомляє, щодо себе, своїх скарг чи відносин з іншими.

Фрази «Мені страшно», «Я боюсь», «Я не знаю».

Для того щоб уточнити або відновити інформацію, слід задавати конкретні відкриті питання: «Що викликає у вас страх?», «Чому ви боїтеся?», «Що конкретно ви не знаєте?», «Що саме не є для вас важливим?»

Пацієнт: «Я не можу досягти успіху»

Терапевт: «Що саме Вам заважає? Що буде, якщо Ви досягнете успіху? Що таке успіх для Вас?»

Пацієнт: «Я повинен бути сильним»

Терапевт: «Кому саме Ви повинні? Що буде, якщо Ви будете слабким? Хто сказав, що Ви повинні»

*Неповні порівняння* – людина робить порівняння, але не вдається в деталі того, що порівнює.

Слова: «менше», «більше», «краще», «багатшими», «ближче» тощо; висловлювання: «Я-найкращий», «Гірший за всіх», «Найбагатший» тощо. Для з'ясування деталей слід ставити уточнюючі питання: «Кращий серед кого?», «Гірше кого саме?», «Найбагатша порівнянні з ким?»

Пацієнт: «Мій брат кращий за мене»

Терапевт: «Чим саме Ваш брат кращий?»

Пацієнт: «Здоров'я важливіше за все»

Терапевт: «За що саме здоров'я важливіше? Важливіше чого? Як саме важливіше?»

*Відсутність референтного індексу* – відсутність конкретного об'єкта, про який йде мова: людини або предмета, не можна конкретно зрозуміти, про що йдеться.

Займенники: «Вони», «хтось», «щось», «це» тощо.

Висловлювання: «Вони не прийдуть», «Так було краще», «Що там сталося?»



Щоб зрозуміти більш конкретно, про що йде мова, слід ставити уточнюючі питання: «Хто саме не поважає Вас?», «Як було краще?», «Що трапилося, де саме?»

Пацієнт: «Люди хвилюються про те, що відбувається в країні»

Терапевт: «Які саме люди?»

Пацієнт: «Я нікому не потрібен»

Терапевт: «Кому конкретно ви не потрібні?»

*Неконкретні дієслова.* За допомогою неконкретних дієслів людина описує неконкретну дію, при цьому, не уявляючи особливості самого процесу. Тоді, коли людина вимовляє якусь фразу, яка містить неконкретне дієслово, виникає ймовірність того, що той, до кого звертаються, зрозуміє сенс неправильно, тому що зможе інтерпретувати сказане різними способами.

Слова: «засмучувати», «показувати», «демонструвати», «піклуватися», «шкодити» тощо.

Висловлювання: «Вона нашкодила мені», «Вони показали», «Я переміг» тощо.

Уточнити сказане можна за допомогою спеціальних питань: «Як саме вона нашкодила тобі?», «Що конкретно він показав?», «Яким чином ти здобув перемогу?»

Пацієнт: «Дружина засуджує мене»

Терапевт: «Як саме вона Вас засуджує?»

Пацієнт: «Я намагаюсь піклуватися про сина»

Терапевт: «Як саме Ви намагаєтесь піклуватися про сина?»

*Судження.* Маються на увазі узагальнені судження без вказівки конкретних даних. Як і у випадку з неконкретними дієсловами, узагальнені судження можуть призвести до спотвореного розуміння сенсу поданої інформації.



Висловлювання: «Виходить, що цього недостатньо», «Мабуть, це не серйозно», «Очевидно, що це не так»

Уточнити необхідні для більш точного розуміння деталі можна за допомогою питань: «Чому виходить, що цього недостатньо?», «Що конкретно говорить вам про те, що це не серйозно?», «На якій підставі ви зробили висновок, що це не так?»

Приклади упущень у медицині: Пацієнт у стані депресії, вважає, що у її житті ніколи не було нічого цінного. Учасник АТО, після повернення із зони бойових дій, говорить, що там не було жодного веселого епізоду або що він нічому новому не навчився.

в) *Спотворення* – це процес, що дозволяє нам певним чином зміщувати сприйняття чуттєвих даних. При спотворенні інформації відбувається перетворення безперервного процесу в подію (дієслово перетворюється в іменник – любити і люблю переходять в любов), встановлюються причинно-наслідкові зв'язки (X, але Y): «Я б змінився, але від мене залежить багато людей».

*Номіналізація* – уявлення безперервних процесів у вигляді закінчених. Іменник тут перетворюється в дієслово. Причому, до таких іменників відносяться саме ті, що беруть початок в процесі.

Слова: «взаємини», «повага», «рішення», «хвороба», «любов», «освіта» тощо.

Висловлювання: «Ти мене не поважаєш», «У них проблеми в стосунках», «Вона прийняла невірне рішення» ...

Виявити номіналізацію і відрізнити її від звичайного іменника, тим самим зробивши розуміння гранично точним, досить просто. Слід задавати такі питання: «Яким чином я тебе не поважаю?», «У чому саме полягають проблеми в їхніх взаєминах?», «Що конкретно вона зробила, коли прийняла невірне рішення?»

Пацієнт: «Мене не поважають»

Терапевт: «Як саме Ви хочете, щоб Вас поважали?»

Пацієнт: «Мені потрібна допомога»

Терапевт: «Як саме Ви хочете, щоб Вам допомогли?»

Номіналізації: Щастя (Хто щасливий і чому? Як він щасливий?), Здоров'я (Яку людину Ви вважаєте здоровою? Хто у Вашому оточенні здоровий? Чому Ви вважаєте, що він здоровий?), Свобода (Хто вільний робити щось? Коли? Де? З ким? Як?), Безпека (Хто знаходиться у безпеці? Безпеці відносно чого? Як саме він знаходиться у безпеці).

*Читання думок* – припущення про те, що людина має здатність знати думки, а також наміри, мотиви іншої людини, навіть якщо вона не повідомляє про це прямо.

Висловлювання: «Я впевнений, що він ...», «Тобі краще знати», «Він не вірить мені».

Для того щоб обійти читання думок стороною, потрібно використовувати нехитрі, але дуже дієві питання, наприклад: «На чому ти ґрунтуєшся, коли говориш, що впевнений?», «А ти звідки знаєш, що мені краще знати?», «Що саме говорить тобі про те, що він тобі не вірить?»

*Причинно-наслідкові зв'язки* – припущення, коли будь-яка дія однієї людини зумовлює певні відчуття і почуття у іншої людини.

Слова: «тому що», «змусити», «як ти», «якщо», «то».

Висловлювання: «Ти мене бісиш», «Через тебе я ...», «Якщо ти так, то значить я так».

Також до цієї категорії відносяться реверсивні відносини: «Він буде хвилюватися через мене», «Вона мене кине, якщо ...».

Щоб вплинути на іншу людину і вказати йому на те, що вона сама може глибше зрозуміти саму себе, потрібно ставити уточнюючі питання: «Як саме я змушую тебе відчувати негативні емоції?», «Через що саме ти ...?», «Чому моя поведінка так сильно впливає на тебе?»

*Комплексні еквіваленти* з'являються, коли людина застосовує частину свого досвіду для осмислення поведінки іншої людини, тобто за зовнішніми ознаками робляться висновки про внутрішній стан.

Слова: «це значить», «тому», «є», «отже»...

Висловлювання: «Ти не привітався зі мною, значить, ти мене не поважаєш», «Прийшовши сюди, ви зробили важливий крок», «Він запізнився, отже, він безвідповідальний»...

Виявити суть проблеми можна за допомогою питань, що дозволяють відновити спотворені або опущені відомості: «Яким чином те, що я не привітався, означає мою неповагу до тебе?», «Чому ви вирішили, що прийшовши сюди, я

зробив важливий крок?»), «Ти вважаєш, що спізнитися може тільки безвідповідальна людина? Поважних причин не може бути взагалі?»

У кожної людини є свій особистий набір комплексних еквівалентів. Деякі з них ми отримуємо в подарунок від батьків і не усвідомлюємо їх причини. Наприклад, у багатьох людей в комплексний еквівалент «кохання» входить створення сім'ї, а якщо це не відбувається - значить кохання немає. Або комплексний еквівалент «сім'я» - означає бажання народити як мінімум двох дітей, проблеми починаються тоді, коли одружуються партнери, для яких ці поняття за своїм тлумаченням різні.

*Пресуппозиції* – припущення, які повинні бути істинними і не повинні піддаватися сумніву. Наприклад, у фразі: «Коли ми зустрічаємося завтра?», немає вибору, ми зустрічаємося чи ні, питання тільки в тому, «коли». Якщо ваш партнер приймає цю реальність, він обов'язково прийде на зустріч.

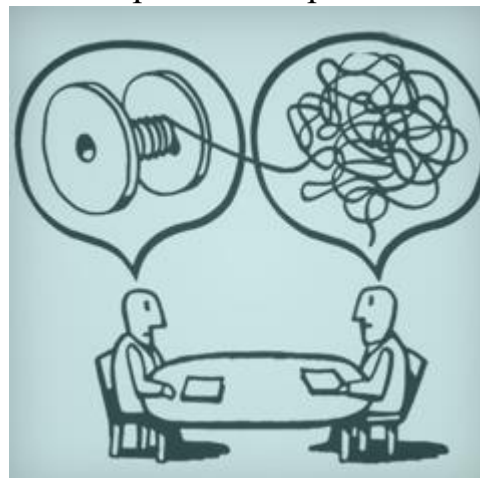
Слова: «чому», «якщо», «коли»...

Висловлювання: «Ти можеш працювати краще», «Якби ти тільки міг мене зрозуміти», «Я бачу, що ти змінився»...

Якщо навчитися формулювати і підбирати особливі питання, можна дізнатися про людину багато цікавого: «Я можу працювати краще щодо чого?», «Що говорить тобі про те, що я тебе не розумію?», «Які саме зміни в мені ти помітив?».

Приклади спотворень у медицині: «Я бачу Вам стало краще», «Коли до Вас можна зателефонувати?», «Іванов палить, значить у нього хронічний бронхіт».

Отже, незалежно від того, усвідомлюємо ми це чи ні, люди постійно створюють моделі (карти, моделі світу). Створення моделей відбувається за допомогою трьох універсальних процесів моделювання: узагальнення (генералізації), опущення і спотворення. Ці процеси не є поганими або хорошими – вони просто існують та дозволяють людині вижити, вчитися, розуміти тощо, але водночас, вони ж можуть і обмежувати здатність до гнучкості реакцій, якщо помилково приймати суб'єктивну реальність (карту) за реальність об'єктивну (територію).



У зв'язку з цим мета-модель представляє із себе серію питань, мета яких – розгадати узагальнення, спотворення і упушення. По суті, мета-модель є інтерфейсом між мовою і досвідом; це набір лінгвістичних засобів для збору інформації, спрямованих на те, щоб відновити зв'язок мовлення людини і того досвіду, який вона в своєму мовленні виявляє.

## Розділ 2. ЛІКАР І ПАЦІЄНТ: ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ

### СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ: КЛАСИФІКАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ

**Аутопластична картина хвороби** (А.Гольдшейдер, 1929) – створюється самим пацієнтом на основі сукупності його відчуттів, уявлень і переживань, пов'язаних з його фізичним станом ( «сенситивний» рівень хвороби базується на відчуттях, а «інтелектуальний» - є результатом роздумів пацієнта про свій фізичний стан).

**Переживання хвороби** (Е.Шевальов, В.Ковальов , 1972) – загальний чуттєвий і емоційний фон, на якому виявляються відчуття, уявлення, психогенні реакції і інші психічні утворення, пов'язані із хворобою. «Переживання хвороби» тісно пов'язане з поняттям «усвідомлення хвороби», хоча і не ідентичне йому.

**Ставлення до хвороби** (Л.Рохлін, 1957, К.Скворцов, 1958) – впливає з поняття «усвідомлення хвороби», яке формує відповідне реагування на хворобу. Ставлення до хвороби складається із пацієнтом хворим своєї хвороби, її оцінки, пов'язаних з нею переживань та відповідних намірів і дій.

**Внутрішня картина хвороби** (О.Лурія, 1977) – це усвідомлення, цілісне уявлення людини про хворобу, її причини та наслідки, психологічна оцінка суб'єктивних проявів хвороби.

В її структурі виділяється декілька взаємозалежних аспектів (рівнів):

**Больовий** (рівень відчуттів, чуттєвий рівень) – локалізація болю та інших неприємних відчуттів, їх інтенсивність тощо;

**Емоційний** (афективний рівень) – пов'язаний із різними видами емоційного реагування на окремі симптоми, захворювання в цілому і його наслідки (апатія, дисфорія тощо);

**Інтелектуальний** (раціонально-інформаційний рівень) – пов'язаний зі знаннями пацієнта про хворобу, роздумами про її причини і наслідки;

**Вольовий** (мотиваційний рівень) – це ставлення пацієнта до хвороби, розуміння необхідності зміни поведінки і звичного способу життя, актуалізація діяльності з повернення і подальшого збереження здоров'я.

При адекватному типі реагування (*нормозогнозії*) пацієнти правильно оцінюють свій стан, їх оцінка збігається з оцінкою лікаря.

При *гіпернозогнозії* пацієнти схильні переоцінювати значущість окремих симптомів і хвороби в цілому, а при *гіпнозогнозії* – навпаки, схильні їх недооцінювати.

При диснозогнозії у пацієнти спостерігаються спотворення сприйняття і заперечення наявності хвороби і її симптомів з метою дисимуляції або через страх її наслідків. *Анозогнозія* – повне заперечення хвороби як такої.

Тип реагування на певне захворювання



визначається двома характеристиками (В.Д. Менделєєвич): об'єктивною тяжкістю хвороби (за критерієм летальності та ймовірністю інвалідизації) і суб'єктивною тяжкістю хвороби (власною оцінкою пацієнтом свого його стану).

Внутрішня картина хвороби зумовлена наступними чинниками.

### **1. Характер захворювання:**

- Наявність або відсутність болю;
- Наявність або відсутність косметичних дефектів;
- Наявність або відсутність обмеження рухливості;
- Необхідність лікування.

### **2. Умови перебігу хвороби:**

- Проблеми та очікування (що буде з родиною); хто буде приносити гроші що буде з домашнім улюбленцем, проблема із вибором лікарні;
- Де перебуває хворий (у стаціонарі або вдома)
- Хто винен у хворобі:
- Самозвинувачення;
- Звинувачення інших;
- Звинувачення обставин, долі, Бога тощо.

### **3. Особливості пацієнта до хвороби:**

- Вік (чим молодший хворий, тим більше виражений почуттєвий компонент; в зрілому віці – побоювання, пов'язані з наслідками хвороби; у літньому віці – страх смерті, страх самотності);
- Больова чутливість;
- Емоційна реактивність;
- Жалість до себе, коливання настрою;
- Особливості характеру і життєві цінності;
- Тип ставлення до хвороби.

*Госпіталізм і психічна депривація є психологічними феноменами, які розвиваються у дорослих людей і дітей внаслідок тривалого перебування поза сім'єю, зокрема – в лікарнях, будинках немовляти, тижневих дитячих яслах. Госпіталізм розвивається у дорослих, але частіше похилого віку, а явища психічної депривації – у дітей.*

Динаміка ставлення людини до хвороби:

Домедична фаза – триває до початку спілкування людини з лікарем, виникнення перших ознак хвороби, прийняття рішення про звернення за медичною допомогою.

Фаза руйнування життєвого стереотипу – ізоляція людини від роботи, а іноді й від сім'ї (при госпіталізації), відсутність адекватних знань про хворобу, її перебіг та наслідки, підвищена тривожність.

Фаза адаптації до хвороби – зменшення рівня тривожності, збідненість емоційної сфери.

Фаза формування компенсаторних механізмів у випадку хронічної хвороби або одужання.

Можна виділити три основних типи реакції хворого на своє захворювання: стенічна, астенічна та раціональна.

При активній життєвій позиції пацієнта щодо лікування і обстеження мова йде про *стенічну реакцію* на хворобу, яка має як позитивні, так і негативні аспекти, зокрема може мати місце так звана дисимуляція (применшення значущості симптомів своєї хвороби).

При *астенічній реакції* на захворювання у пацієнтів виражена схильність до песимізму й підозріливості, але вони відносно легше, ніж хворі зі стенічною реакцією, психологічно пристосовуються до хвороби.

При *раціональній реакції* має місце реальна оцінка ситуації і мотивованість на лікування.

Велике значення для людини мають соціальні наслідки хвороби (Z.J. Lipowski). Психосоціальні реакції на хворобу складаються з:

- реакцій на інформацію про хворобу,
- емоційних реакцій (на кшталт тривоги, горя, депресії, сорому, відчуття провини);
- реакцій подолання хвороби.



**Реакції на інформацію про хворобу** залежать від «значення хвороби» для пацієнта:

1) *хвороба-погроза* або виклик, а тип реакцій - протидія, тривога, відхід або боротьба (іноді паранояльна);

2) *хвороба-втрата*, а відповідні типи реакцій - депресія або іпохондрія, розгубленість, горе, спроба повернути до себе увагу, порушення режиму;

3) *хвороба-виграш* або позбавлення, а типи реакцій - байдужість, життєрадісність, порушення режиму, ворожість по відношенню до лікаря;

4) *хвороба-покарання*, при цьому виникають реакції пригніченості, сорому та гніву.

**Типологія реагування на хворобу** А.Е.Личко і Н.Я. Іванова складається із 12 типів психологічного реагування, виділених на основі оцінки впливу трьох факторів: природи соматичного захворювання, типу (акцентуації характеру) і ставлення до даної хвороби референтних (значущих) для пацієнта осіб.

Порушення адаптації не зумовлюють гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний типи ставлення до хвороби; психічна і соціальна дезадаптація спостерігається при тривожному, іпохондричному, меланхолічному, неврастенічному, ейфоричному, апатичному, дисфоричному, егоцентричному, паранояльному і сенситивному типах ставлення до хвороби.

## 1. ГАРМОНІЙНИЙ (реалістичний, виважений)

*Ціна здоров'я відчувається після хвороби.*

**Основна риса** – реалістична оцінка свого стану; значення хвороби ні применшується, ні перебільшується.

**Характеристика.** Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування та мінімізувати зусилля близьких по догляду за собою. Пацієнт розробляє для себе моделі поведінки при різних варіантах розвитку хвороби: при ефективності або неефективності лікування. У випадку розуміння несприятливого прогнозу, він

зосереджує свої інтереси на тих сферах життя, які залишаються йому доступними, обирає посильні види роботи та приділяє багато уваги турботі про близьких.

Такі пацієнти ввічливі, коректні, не настирливі, задають лише питання, які стосуються їх хвороби, цінують працю медперсоналу.

*Найчастіше зустрічається при хронічних захворюваннях, що не становлять безпосередньої загрози для життя (артрит, ортопедичні порушення, діабет, хронічні серцево-судинні хвороби, порушення слуху, зору тощо).*

#### **Стратегія поведінки медичного працівника.**

Чітко та у доступній для пацієнта формі пояснити його стан, ймовірні варіанти перебігу хвороби, стратегії лікування та реабілітації. Оскільки пацієнт налаштований на співпрацю з лікарем, здатен адекватно сприймати подану інформацію, лікар залишає за ним право вибору варіантів лікування.



**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** партнерство (співпраця у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом).

#### **Приклади.**

*Олена К., 53 роки, після постановки діагнозу «рак молочної залози» 2 стадія, їй було проведено радикальну мастектомію та курси хіміо- і променевої терапії. Весь період лікування пацієнтка перебувала в бадьорому настрої, вірила в ефективність лікування, виконувала лікарські призначення. Велику роль при цьому мала підтримка її чоловіка та дітей. Олена стала активним членом обласної громадської організації «Амазонки» та допомагала іншим жінкам адаптуватися до хвороби. Через 3 роки після закінчення лікування жінка регулярно відвідує онколога, проходить профілактичні огляди та продовжує вести активну громадську діяльність.*

*Володимир Д., 47 років, за час участі в АТО отримав декілька важких поранень та черепно-мозкову травму. Після демобілізації та тривалих лікувань у госпіталях, Володимир організував обласну спілку учасників АТО, всіляко підтримує своїх побратимів, водночас раз на півроку проходить планове лікування в госпіталі, дотримується рекомендацій лікарів та допомагає іншим учасникам АТО в організації їх реабілітації.*

## **2. ЕРГОПАТИЧНИЙ (стенічний)**

*Краще на 20 хвилин пізніше опинитися на роботі,  
ніж на 20 років раніше - в морзі.*

**Основна риса** – втеча від хвороби в роботу. Замість лікування, людина працює понаднормово, ігнорує діагноз, проявляє ще більшу працездатність, ніж до хвороби.

**Характеристика.** Надвідповідальне, стенічне ставлення до роботи, прагнення зберегти свій професійний статус і можливість продовження активної трудової діяльності на рівні до хвороби. Вибіркове ставлення до обстежень та лікування (відвідування лікаря лише у свій позаробочий час, уникнення аналізів, які здаються



зранку, небажання лишатися у стаціонарі, прагнення обмежитися лише амбулаторними процедурами).

Ергопатія формується в якості своєрідного психологічного захисту, що дозволяє людині переключитися із травматичних переживань на діяльність.

*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів із серцево-судинними розладами, в тому числі з інфарктом міокарда (що особливо небезпечно).*

**Стратегія поведінки медичного працівника.** При спілкуванні з такими пацієнтами медичні працівники не повинні проявляти настирливість, авторитарність, оскільки це може викликати роздратування пацієнта та його цілковиту відмову від лікування.



Слід чітко окреслити час пацієнта, який він приділятиме лікуванню. Наприклад, лікар та пацієнт домовляються, що 1 раз на місяць у середу пацієнт на 14.00 прийде до лікаря на профілактичний огляд, а лікар на цей час приготує усе необхідне для обстеження пацієнта аби той не витрачав свій час на очікування.

Не можна відкрито звинувачувати пацієнта у його небажанні обстежуватись, чи перебувати у стаціонарі, однак необхідно чітко, раціонально (без емоцій) окреслити можливі наслідки відмови від лікування.

Особливу увагу слід приділяти освітнім програмам надання екстреної та невідкладної допомоги, методам лікування при загостренні. Необхідно навчити пацієнта основам самопомоги, дати письмові рекомендації щодо дотримання оптимального режиму праці та відпочинку.

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** контракт (співпраця на основі взаємних зобов'язань, визначених завдань лікування та очікуваних результатів).

**Приклад.** Олег П., 50 років, діагноз «виразкова хвороба шлунку». Понад 30 років пацієнт пропрацював вчителем математики. Останнім часом, через регулярні загострення, вимушений часто брати лікарняний. Однак від стаціонарного лікування Олег відмовлявся, він хоч і дотримувався порад лікаря, все ж відновив репетиторську діяльність і видав посібник із розвитку математичної вправності для учнів 5-8 класів. Лікуючий лікар розробив для нього низку рекомендацій у випадку поведінки під час загострень хвороби, між лікарем і пацієнтом була домовленість про регулярне обстеження у зручній для пацієнта час. Лікар із повагою ставився до роботи пацієнта, всіляко демонструючи йому її. При поясненні особливостей хвороби акцент робився саме на ймовірних проблемах у професійній діяльності пацієнта та шляхах підтримки ефективної праці за умови вчасної профілактики ускладнень.

### 3. АНОЗОГНОЗИЧНИЙ (ейфоричний)

*Заперечення – даремний енерговитратний механізм: витрачаєш набагато більше сил на те, щоб не знати про небезпеку, ніж на те, щоб врятуватися від неї.*

**Основна риса** – заперечення очевидних симптомів хвороби; легковажне ставлення до хвороби та лікування.

**Характеристика.** Виражена тенденція розглядати симптоми як прояви несерйозної хвороби або випадкові коливання самопочуття («на погоду», «магнітні бурі»). У зв'язку з цим нерідко характерні відмова від обстеження та лікування, невиконання лікарських призначень, порушення режиму перебування в стаціонарі, бажання «розібратися самому» і «обійтися народними засобами», сподівання на те, що «все саме мине».

При низці соматичних захворювань (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, атеросклероз) в головному мозку наростають органічні зміни, що зумовлюють інтелектуальне зниження, в результаті чого у пацієнта порушується здатність правильно оцінювати свій стан і стан своїх близьких (так звана анозогнозія).



Нині дуже поширеною є алкогольна анозогнозія. Це заперечення пацієнтом своєї залежності від алкоголю або недооцінка тяжкості звички (гіпнозогнозія). Поведінка і самокритика пацієнта можуть розвиватися у двох напрямках. Пацієнт може стверджувати, що в його житті все складається добре і алкоголь ніяк не заважає йому, більше того, на думку хворого, при бажанні він може зовсім не вживати алкоголь. Однак на запитання чи готовий пацієнт кинути пити у найближчі 2 дні, пацієнт зазвичай уникає відповіді. Іншою моделлю поведінки пацієнта є часткове

визнання проблем з алкоголем, але не до такої міри, що потребує лікування. Прислухаючись до порад близьких, такі пацієнти пробують перейти на легкі спиртні напої, однак навіть у випадку найменшої проблеми (наприклад, відсутності певної марки цигарок у магазині) пацієнт знову починає вживати алкоголь у великій кількості. Так як на несвідомому рівні хворого залишається переконання, що в будь-який момент можна просто і безповоротно припинити пити. Кожна модель передбачає дисимуляцію – приховування симптомів хвороби, що розвивається. Хвора людина навмисно применшує кількість, частоту вживання алкоголю і ступінь сп'яніння при спілкуванні з родиною та лікарями. Типовими фразами можуть бути: «не вмію пити», «не можу вчасно зупинитися», «п'ю запоями, але можу пити, а можу і не пити».

Анозогнозичне ставлення до хвороби може бути проявом психологічного захисту при переживанні почуття провини («це мені за аборт», «отримала відповідь за зраду»), тоді хвороба переживається як певне полегшення душевних страждань, її симптоми ігноруються, оскільки при лікуванні душевний біль повертається знову, почуття провини посилюється.

*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний при важких і небезпечних захворюваннях (злоякісна пухлина, туберкульоз, психічні захворювання). Такі пацієнти або взагалі ігнорують хворобу, або зосереджуються на мени*

тяжких симптомах, ними пояснюють свій стан та лікуються від тієї хвороби, яку самі собі придумали.

**Стратегія поведінки медичного працівника.** Необхідно застосовувати методи раціональної психотерапії, які допомагають пацієнту «включити голову» і замислитися над своїм станом. Необхідно спочатку виявити наявні у пацієнта стереотипи і упередження щодо його діагнозу («рак це завжди смерть», «туберкульоз – це хвороба зеків, наркоманів і бомжів», «всі п'ють, а я що гірший?»), а потім допомогти їм позбутися шляхом пояснення витоків хвороби, її перебігу та ймовірних результатів (наприклад, пояснення, що туберкульоз вражає і бідних, і багатих, інфекція добре розвивається у випадках недосипання, браку часу на повноцінне харчування тощо, а онкологія на ранніх стадіях цілкомвиліковна (навести статистику), на пізніх же можна досягти ремісії та нормальної якості життя). Потрібно сприяти тому, аби пацієнт чітко висловив свої наміри щодо лікування. Наприклад, Якщо я кину пити, то через 1 місяць...., Через 1 рік...Через 3 роки... Не можна засуджувати такого пацієнта, якщо він відмовляється від лікування. Краще запитати, як змінився стан пацієнта з того моменту, як він перестав приймати ліки. Ця стратегія дає можливість поміркувати про плюси і мінуси терапії, а також зміцнить його довіру до лікаря.

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** керівництво (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).

**Приклад.** Василь Д., 37 років. Після проходження профілактично огляду поставлено діагноз «туберкульоз легень», який необхідно було підтвердити шляхом поглиблених обстежень у тубдиспансері. На той час Василь був провідним менеджером у туристичній компанії і вважав, що «туберкульоз виключно хвороба асоціальних осіб», відмовившись від лікування він продовжив працювати. Знову звернутися до лікаря його змусило погіршення самопочуття, яке він списав на «надмірну завантаженість на роботі» і попросив виписати «якісь таблетки для бадьорості». Лікар шляхом наочної демонстрації перебігу хвороби Василя, роз'яснення її подальших перспектив з лікуванням і без нього, вмовив пацієнта пройти додаткове обстеження та лікуватися у спеціалізованій медичній установі.

#### 4. ТРИВОЖНИЙ (тривожно-депресивний, фобічно-обсесивний)

*Тривожні думки створюють маленьким речам великі тіні...*

**Основна риса** – безперервне занепокоєння щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень неефективності і навіть небезпеки лікування.

**Характеристика.** Такий пацієнт часто міняє лікарів, нікому не довіряє; може звертатися до знахарів і дотримуватися ритуалів. Виражений інтерес до об'єктивних даних (результати аналізів, висновки фахівців), а не зосередженість на суб'єктивних відчуттях, тому віддає перевагу слуханню про симптоми хвороби у інших, а не розповідає без кінця свої скарги на здоров'я. Настрій тривожний і як наслідок, відбувається зменшення активності, пригніченість, депресивний стан. Цей тип ставлення до хвороби найчастіше зустрічається у осіб із тривожною акцентуацією характеру. Деякі захворювання (наприклад, Базедова хвороба) самі по собі можуть продукувати тривогу, яка, стикаючись з однойменним типом акцентуації, посилюється. Окрім поведінкових особливостей, у тривожних пацієнтів присутні соматичні симптоми: зниження концентрації уваги, порушення сну, нічні жахи, швидка стомлюваність тощо.



*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів із соматичним хворобами в амбулаторних медичних установах. Часто такі пацієнти зустрічаються у стоматологічних клініках.*

**Стратегія поведінки медичного працівника.** Такі пацієнти потребують «материнського» підходу. Тривожним людям доцільно призначати комплексні програми лікування та реабілітації, пояснювати стратегію лікування так, щоб вони зрозуміли необхідність і відносну безпечність усіх лікувальних втручань, таких пацієнтів треба періодично підбадьорювати, заохочувати та акцентувати увагу на виживаності їхніх хвороб. Потрібно пояснити, що процедура може бути дещо неприємною, і попередити пацієнта про те, чого слід очікувати, наприклад після операції. Ця завбачливість заспокоїть пацієнта і допоможе знизити поріг чутливості до болю. Слід прямо питати у пацієнта, що його турбує, якщо пацієнт виглядає стривоженим, і дати йому час пояснити свої відчуття та обговорити їх. У складних випадках доцільно проводити фармакотерапію (персен, валеріана, антидепресанти та транквілізатори).

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** керівництво (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).

**Приклад.** Світлана М., 36 років. Звернулася до стоматолога з приводу видалення ретинованого 8-го зуба (зуба мудрості). На першій консультації задавала питання про больові відчуття під час та після видалення, поведінка жінки була знервованою, відчувалась певна недовіра до лікаря та страх перед втручанням. Пацієнтка розповіла, що цікавилася перебігом проведення таких операцій та їх наслідків на різних форумах, консультувалася із різними фахівцями, а даного лікаря обрала як найкращого у даній галузі. На видалення зуба пацієнтка з'явилася завчасно, скаржилася на підвищений страх і «мурахи на шкірі». Заспокоїти Світлану змогла лише фраза лікаря «Мені такий зуб видаляли дві години, а тебе я прооперую набагато швидше», під час операції лікар заспокоював пацієнтку, розмовляв із нею, а після втручання детально пояснив, що вона має робити задля швидшого загоєння

рани та дав номер телефону, за яким вона могла звернутися у випадку виникнення проблем у неробочий час.

## 5. ІПОХОНДРИЧНИЙ

*Уявні недуги невеликовні*

**Основна риса** – надмірна зосередженість на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, прагнення постійно розповідати про них оточуючим.

**Характеристика.** Перебільшення справжніх і пошук неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення неприємних відчуттів в зв'язку із побічними діями ліків та діагностичних процедур. Поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх, постійних вимог ретельного обстеження у авторитетних фахівців і страху шкоди та болючості процедур.

Такі пацієнти можуть скаржитися на недоброякісні лікування і догляд (часто це скарги у письмовому вигляді), дуже хворобливо переживають навіть незначні побічні дії ліків. Натяки на перебільшення ними тяжкості власної хвороби викликають гнів і потік скарг.

Іпохондричні ідеї про те, що зі здоров'ям щось не в порядку можуть бути умовно розділені на три різні форми: 1) нав'язливі ідеї – властиві тривожним невротикам, 2) надцінні ідеї – часто властиві для паранояльного розладу особистості і 3) маячні ідеї – зустрічаються у психотиків, часто при шизофренії. Найлегша форма – нав'язливі ідеї виражаються у підозріливості та тривозі за своє здоров'я. Ці переживання можуть бути спровоковані інформацією зі ЗМІ, інтернету, розповідями знайомих про їхні хвороби. При надцінних ідеях пацієнти розцінюють незначні симптоми як важкі. Наприклад, пацієнтка, яка перехворіла ГРВІ, протягом наступних двох тижнів утримувалася від розмов на вулиці (в період ще нехолодної осені), щоб не застудити горло. Найважчий вид іпохондрії – маячна, вона може зустрічатися або в шизофренічному або в передшизофренічному стані. У пацієнта розвивається марення про наявність тяжкої хвороби, а те, що її не підтверджують лікарі, на його думку, означає їх некомпетентність або те, що на ньому вже «поставили хрест». Цей вид іпохондрії вимагає звернення до психіатра.



Даний тип ставлення до хвороби зустрічається значно рідше тривожного. Він зазвичай характерний для осіб із відповідним іпохондричним вихованням і при змішаних акцентуаціях характеру із поєднанням паранояльних і тривожних рис. Тут менше представлені тривога і сумніви, а більше – переконаність у наявності хвороби. При істеричному варіанті хвороба завжди оцінюється з перебільшенням (звертається до лікаря: «Жити з цим мабуть можна, але як? Вам напевно навіть складно уявити...»). Надмірно емоційні, схильні до фантазування особистості ніби живуть хворобою, наділяють її в ореолі незвичайності, винятковості, особливого, неповторного мучеництва. Такі пацієнти вимагають до себе підвищеної уваги, звинувачують оточуючих в нерозумінні їх стану, у недостатньому співчутті їх страждань.

Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів із невротами, схильних недовіряти оточуючим і таким, що не відчують себе у безпеці. Іпохондричне ставлення може бути як при ГРВІ, так і при онкології, прояви іпохондрії не залежать від важкості симптомів хвороби та її реальної загрози життю.

**Стратегія поведінки медичного працівника.** Поради на кшталт «просто не думайте про це» не працюють, оскільки людина ще більше зосереджується на іпохондричних думках. Рекомендація «відволіктися» може виявитися корисною, але відволіктися в такому випадку повинно бути на щось дуже важливе для людини, якщо ж просто переключити її увагу, можна почути фразу на кшталт «Я знаю, що намагаюся не думати про страх захворіти на туберкульоз, що цей кашель говорить про ...», тобто пацієнт знову зосереджується на своїх часто уявних симптомах. Іпохондричного пацієнта потрібно навчити релаксації, застерігати від самодіагностики за допомогою Інтернету чи сусідок по під'їзду, навчити довіряти своєму тілу, сприймати його позитивно, а не лише як джерело больових відчуттів.

Пацієнт повинен фіксувати думки, які супроводжують будь-який фізичний дискомфорт. З усіх можливих варіантів іпохондрики зазвичай вибирають найсерйозніший, але найменш ймовірний. Якщо це головний біль – то пухлина мозку, біль в грудях – серцевий напад тощо, після з'ясування таких тлумачень пацієнту слід запропонувати обговорити ці думки і разом із лікарем обрати альтернативне пояснення.

Зазвичай пацієнти із іпохондричним ставленням до хвороби керуються трьома стереотипами: 1) «Людина завжди повинна себе добре почувати», 2) «Будь-який симптом – це ознака серйозного захворювання», 3) «Лікарі часто ставлять неправильні діагнози». Тому головне для іпохондриків – отримати тверде переконання в зворотному, наприклад 1) «Якщо урчить у животі або є певний дискомфорт – людина жива, у мертвої людині нічого не болить»; 2) «Різні частини тіла можуть іноді боліти. Це не означає, що людина хвора, можливо у неї просто ростуть м'язи», 3) «Сучасна діагностика дозволяє виявити хворобу в 99% випадках».

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** керівництво (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).

**Приклад.** Оксана Т., 52 роки, викладач ВНЗ, після діагностики раку молочної залози впала в слізливо-жалісливий стан. Будь-яке неприємне відчуття трактувалося нею як симптом появи метастазів, а лікаря дорікала, що він приховує реальний діагноз і відмовляється адекватно обстежувати та лікувати її. Кілька разів на день у пацієнтки, за її словами, виникали гострі болі, які мали різну локалізацію. При цьому Оксана уважно спостерігала за медсестрами, що вводили їй анальгетики, уважно читала етикетки на ампулах, шукала в Інтернеті інформацію про всі призначені їй препарати. Лікар попросив медсестер протягом 3 днів під виглядом анальгетиків вводити звичайні вітаміни, а через тиждень повідомив про це пацієнтці. Спочатку Оксана образилась, але коли зрозуміла, що її образ «мучениці» не спрацював (оскільки її викрито у відвертому перебільшенні симптомів хвороби) незрозумілі болі стали виникати рідше, їх інтенсивність знизилася, слізливий стан поступово змінився на адекватне ставлення до хвороби.

## 6. НЕВРАСТЕНІЧНИЙ

*Нічого не може бути тривожнішим для неврастеніка, ніж відчуття, що він здоровий і бадьорий.*

**Основна риса** – «роздратована слабкість» (синдром, що характеризується поєднанням емоційної лабільності і дратівливості зі зниженням працездатності, зниженням концентрації уваги і підвищеною втомлюваністю).

**Характеристика.** Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях і невдачах лікування, яке нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується каяттям і докорами сумління. Невміння і небажання терпіти больові відчуття, що створює труднощі в роботі медперсоналу, особливо у хірургічних відділеннях. Нетерплячість в обстеженні і лікуванні, нездатність чекати полегшення. Такі пацієнти чекають «негайного поліпшення і ефекту ліків», «негайної діагностики». Можуть по кілька разів на день зупиняти медпрацівників з проханням повідомити результати аналізів, рентгенографії тощо. В подальшому – критичне ставлення до своїх вчинків і необдуманих слів, прохання про пробачення. Спалахи роздратування можуть відбуватися з найменшого приводу (санітарка пройшла, не привіталась, настільна лампа перегоріла; сусіди по палаті дивляться футбол тощо).

У проявах неврастенічного ставлення до хвороби виділяють три послідовні фази: гіперстенічну, «роздратованої слабкості» та гіпостенічну. *Гіперстенічна фаза* – швидка стомлюваність, відчуття занепаду сил, дратівливість, підвищена



чутливість до зовнішніх і внутрішніх подразників. Навіть нормальні фізіологічні процеси через підвищену чутливість сприймаються як надмірні та болючі, іноді гіперестезія настільки виражена, що заважає нормальному сну. Пацієнт уникає яскравого світла, різких звуків, навіть скупчення людей викликають у нього дискомфорт. Він не може зосередитися на одній справі, через що страждає якість роботи, незважаючи на значні витрати часу діяльність практично безрезультатна. *Фаза «роздратованої слабкості»* – посилюється відчуття втоми, різко вираженою

стає дратівливість. При цьому короткі періоди активного вираження почуттів змінюються тривалими періодами апатії і мовчазного роздратування та образи на оточуючих. Навіть значні періоди відпочинку не приносять полегшення. Вижарене безсоння: підвищена чутливість до звуків і світла, згодом додається очікування проблем зі сном, якщо пацієнту вдається заснути – сон неглибокий, нетривалий, із тривожними сновидіннями. Відповідно у денний час пацієнт сонливий, млявий, відчуває себе виснаженим, розбитим. *Гіпостенічна фаза* – у пацієнта постійно знижений фон настрою, з вираженою апатією, тривожністю і негативізмом. Спостерігаються перепади настрою, плаксивість. Пацієнт фіксований на своїх відчуттях, іпохондричний, вимагає уваги з боку оточуючих.

*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів хірургічних і приймальних відділень.*

**Стратегія поведінки медичного працівника.** Перекопувати неврастенічних пацієнтів у тому, що симптоми їх соматичних хвороб не є серйозними – невдячна і абсолютно даремна справа. Не варто намагатися розповідати про прогрес сучасної медицини і красу світу поза хворобою, такий пацієнт не зрозуміє, і лише буде дорікати вас в тому, що «ви найрозумніший» і «лізете, куди не треба». Необхідно зберігати максимальну стриманість – тембр голосу повинен бути м'яким, жести плавними. Слід пам'ятати, що тривала розмова може дратувати і виснажувати такого пацієнта, говорити слід впевнено і лаконічно (виключно по справі, не піддаючись на провокації пацієнта).

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** керівництво (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).

**Приклад.** Галина С., 56 років, вчитель молодших класів. Швидкою допомогою доставлена на госпіталізацію у приймальне відділення міської лікарні зі скаргами на болі в животі. Через велику кількість «екстрених» пацієнтів (після ДТП, із кровотечами та інсультом) змушена була протягом 40 хвилин чекати на огляд лікаря. За цей час пацієнтка постійно скаржилась на біль, задуху, лаяла лікарів, звинувачуючи їх в халатності та байдужості, після півгодинного очікування зателефонувала на «гарячу» лінію МОЗУ. Медичним працівникам Галина жалілася на своє життя: «Мені абсолютно не цікаво стало жити. Вранці прокидаюся з думкою: «Як шкода, що закінчилася ніч і треба вставати». Прокидаюся вже втомлена і розбита. Роблю домашні справи, йду на роботу, спілкуюся з близькими, тому що треба. Ненавиджу домашню роботу. Чекаю, коли закінчиться день, щоб швидше лягти в ліжку. Але часто пославши годину, прокидаюся і не можу заснути до ранку. Як правило причиною є дискомфорт у ногах». Після того, як у неї були взяті всі необхідні аналізи та проведено первинний огляд, Галина кожні 5 хвилин запитувала у медсестер про результати, скаржилась на втому і болі «не зрозуміло де». Коли діагноз було встановлено (нічного екстрено патологічного виявлено не було) пацієнтка вибачалася перед лікарями за свою нестриманість.

## 7. МЕЛАНХОЛІЙНИЙ (тужливий)

*Всі, хто сумують, як правило, шукають відповідних декорацій для своєї меланхолії...*

**Основна риса** – сумнів в успішності лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних і задовільному самопочутті.

**Характеристика.** Надмірна засмученість хворобою, невіра в одужання та ефективність лікування. Песимізм, депресивний стан, суїцидальні думки («швидше б все закінчилося ... хіба це життя ... покінчити з усім разом»). Іноді (у відносно легких випадках) такий тип ставлення до хвороби зумовлений негативною інформацією з боку медперсоналу будь-якого рівня (наприклад, фраза медсестри «А смисл витрачати гроші? Все одно це онкологія»). Однак найчастіше мова йде про розвиток справжньої депресії, і, якщо на це не звертати уваги, пацієнт насправді може реалізувати свої суїцидальні думки і наміри.

*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів лікарів терапевтичного профілю.*



**Стратегія поведінки медичного працівника.** Необхідно перевести депресивну «первинну емоцію» в «інтегровану емоцію», це досягається за допомогою трьох кроків. 1) Позиція щодо зовнішнього світу («позиція зовні»): Що реально відбувається? Це дійсно так? Звідки я про це знаю? 2) Позиція щодо внутрішнього світу («позиція всередину»): Якщо це дійсно так, що я втрачу? Міг би я витримати це хоча б один раз? 3) Позиція щодо позитивного: Про що мені йдеться в цій ситуації? Що для мене особисто є важливим, цінним в ширшому життєвому контексті?



Правильна організація відпочинку, уважне ставлення до тривалості сну, до перерв, до занять спортом, режиму дня, планування тижня можуть запобігти втраті сил і виснаженню. Ритмічність і регулярність полегшують життя, тому що відпадає необхідність приймати рішення. Для збереження радості життя і життєвої сили, важливо приділяти увагу тому, що подобається. Фундаментальне почуття - добре, що ти живеш, що ти є на світі - має зберігатися і по можливості посилюватися. Медичний працівник може сказати пацієнту: «Ми всі є авторами світу, в якому живемо. У кожної людини своя картина світу. Коли вона формувалася, ми не могли вибирати, але доросла людина вже може змінити свої уявлення про світ та про себе. Все у Ваших силах і я вірю, що здатні з усім впоратися».

Пацієнти із меланхолічним ставленням до хвороби потребують підтримки оточуючих і тому легко піддаються навіюванню. Важливим є контакт лікаря із родичами чи іншими значущими для пацієнта особами, хто може вплинути на його віру в ефективність лікування та готовність до продуктивної поведінки під час лікувальних заходів (особливо це важливо у підготовці до різного роду хірургічних втручань).

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** такі пацієнти потребують «материнського» підходу: їх потрібно постійно підтримувати та підбадьорювати, водночас основною моделлю взаємодії є керівництво (медпрацівник базується на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів та використовує доступні йому методи розмовної психотерапії аби переконати пацієнта в ефективності лікування).

**Приклад.** Петро, 38 років, інженер-механік. Звернувся до лікаря-кардіолога зі скаргами на болі у серці. За словами пацієнта протягом останнього року у нього розвинувся страх смерті і серцевого нападу (Петро страждає на аритмію, напади в середньому 1 раз на півроку). Страх настільки сильний, що він далі ніж до магазину у сусідньому під'їзді не виходить, роботу виконує віддалено, якщо виникає потреба у очній появі на роботі, може їхати туди лише зі супроводжуючим. Петро звертався до психіатра, який відмовив у лікуванні поки не буде повністю вилікувана основна хвороба. Після бесіди із кардіологом пацієнт був скерований до кардіологічного диспансеру, де призначено оперативне втручання. З'ясовано, що найбільший вплив на Петра має його старша сестра, з якою лікарі провели бесіди щодо особливостей стану її брата, проведення та наслідків хірургічного втручання. Протягом усього процесу лікування сестра підтримувала брата, переконувала у необхідності та

ефективності лікування, що загалом сприяло практично повному одужанню пацієнта.

## 8. АПАТИЧНИЙ (байдужий)

*Такий похмурий, що не знаєш, до кого йти – до психотерапевта чи до трунаря.*

**Основна риса** – цілковита байдужість до своєї долі, до результату хвороби та до лікування.

**Характеристика.** Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку інших осіб. Їм властива втрата інтересу до життя, до всього, що раніше хвилювало. Проявляють млявість і апатію у поведінці, діяльності та міжособистісних відносинах. Такі пацієнти малорухливі, іноді встають лише при зовнішньому спонуканні. Втрачаються і звичайні інтереси (робота, «хобі», читання, перегляд телепередач), навіть до відвідування близьких ці пацієнти проявляють мало інтересу. Пацієнт апатичного типу сповідує такий принцип: «моя справа хворіти, ваша справа – лікувати, якщо таке бажання у вас є».

Дуже часто апатію і депресію плутають з хронічною втомою або астеничним синдромом. Але при цьому розладі на перший план виходять: порушення сну, фізична втома, зниження настрою. Апатична депресія має кілька клінічних проявів, яка викликають хворобливу симптоматику з боку всіх органів і систем організму. Хворого починають мучити головні болі, порушення в роботі шлунково-кишкового тракту і інше. Люди з вищеописаної симптоматикою звертаються за допомогою до терапевтів, гастроентерологів, неврологів і безуспішно проходять симптоматичне лікування апатії та депресії. І це не дивно, так як апатична депресія протікає під маскою зовнішніх нездужань і соматичних захворювань. Як правило, до апатії і згодом депресії призводять різні стресові ситуації і психічні травми. Але існують і ендогенні розлади, які спровоковані порушеннями обміну речовин в головному мозку. Основні ознаки подібної апатії і депресії, це:

- Сезонність - розлад найчастіше з'являється в весняний і осінній час року.
- Відсутні психологічні травми і стресові ситуації, які могли б стати причиною апатії, а в подальшому і депресії.
- Спостерігаються коливання настрою - вранці настрої знижені, а до вечора поліпшується.

Вищеописана симптоматика вимагає складного медикаментозного лікування. Так як без відповідної допомоги, симптоми будуть наростати і можуть привести до хронічної депресії.

Нерідко апатія є реакцією на важку невиліковну хворобу. Процес психологічного осмислення такої звістки пацієнтом у дослідженнях Е.Кюблер-Росс називається «роботою скорботи», яка проходить через 5 стадій від шоку до прийняття. На четвертій стадії (стадії депресії) відбувається розгортання класичної клінічної картини реактивної депресії. Пацієнт постійно перебуває в похмурому настрої, прагне до самотності. Він стає апатичним, млявим і байдужим (демонструє повну



відсутність інтересу до сім'ї і близьких, аж до байдужості до власних дітей). Характерна наявність ілюзорних переживань - віщих снів і передчуттів, не виключена можливість суїциду. Цей період може бути дуже тривалим. Слід підтримати хворого, оскільки він потребує співрозмовника.

*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів із важкими загрозливими для життя хворобами; апатія є основною ознакою термінальних стадій хвороби.*

**Стратегія поведінки медичного працівника.** Необхідно надати допомогу у формуванні життєвих цілей, у визначенні нових перспектив. Часто людині важко розібратися, які зміни внесе хвороба в її життя: чи зможе вона справлятися зі своєю роботою чи потрібно освоювати іншу спеціальність? Або ж попередня робота буде їй під силу, і потрібно тільки внести певні обмеження, знизити навантаження? Все це має лікар пояснити пацієнту. У разі тривожних фантазій щодо майбутнього, слід переорієнтувати пацієнта на сьогоднішній день. Необхідно дати високу оцінку особистості пацієнта і його внутрішнього світу. У цей період дуже важлива можливість відволікання: радіо, музика, телебачення, перегляд фотографій, які можуть нагадати про щасливі дні життя пацієнта.

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** керівництво (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).

**Приклад.** Микола М., 62 роки, пенсіонер. Госпіталізований з діагнозом «злоякісне новоутворення шлунку неуточненої локалізації». Від спілкування з медичним персоналом пацієнт відмовлявся, пасивно, лише після тривалих спонукань, виконував рекомендації лікарів, від дороговартісних обстежень відмовився. За словами Миколи, у нього ж відчуття, що з кожним курсом хіміотерапії він наближається не до одужання, а до смерті. Перший час після госпіталізації Микола виражав позитивні емоції, коли його відвідували дружина і діти, але через три тижні апатично реагував й на їхню присутність. Відмова від спілкування найчастіше виражалася словами «болить», «втомився», якщо й відвідувачі не реагували – він просто відвертався від них. Пацієнт перестав самотійно митися, голитися, переодягатися (хоча фізично був здатен це робити). Окрім прийому антидепресантів, лікарі рекомендували родичам акцентувати увагу на тому, що Микола їм потрібен («А хто ж допоможе онуку з математикою?»), що вони хочуть аби той швидше повернувся додому («Стільки ж справ накопичилось!»). Поступово депресія пацієнта стала менш вираженою, він почав самотійно обслуговувати себе та проявляти більшу активність у лікувальному процесі.

## 9. СЕНСИТИВНИЙ (вразливий)

*Через свою вразливість, жінка прагне обеззброїти усіх.*

**Основна риса** – тривога і занепокоєння стосуються не самої хвороби і не тілесних відчуттів, а тих вражень, які пацієнт і відомості про його хворобу можуть справити на оточуючих: близьких, друзів, знайомих.

**Характеристика.** Страх недоброчинного ставлення близьких через свою хворобу. Надмірна вразливість, чутливість, занепокоєння можливим несприятливим

враженням, яке може справити на оточуючих звістка про хворобу пацієнта. Побоювання, що оточуючі почнуть жаліти, вважати неповноцінним, ставитися зневажливо або із страхом, пліткувати про причини та наслідки такої хвороби і навіть уникати спілкування. Коливання настрою, пов'язані, передусім, із міжособистісними контактами. Крім того, такі пацієнти бояться стати тягарем для оточуючих. Переживаючи хронічне відчуття власної неповноцінності у зв'язку із хворобою, і побоюючись зневажливого до себе ставлення, такі пацієнти перебувають у напрузі, постійно очікуючи агресії на свою адресу і продумуючи варіанти захисної поведінки. Внаслідок цього, вони відсторонюються від оточуючих, замикаються в своїх переживаннях і прагнуть знизити значимість взаємодії з людьми, відбувається так звана самостигматизація.

Хвороби, які потенційно піддаються інтенсивній стигматизації, властиві деякі загальні риси: хвора людина вважається суспільством як відповідальна/ винувата за те, що хворіє («менше пити треба було», «аби не палив – не захворів би»); хвороба є прогресуючою чи невиліковною (стигма при ВІЛ, туберкульозі, шизофренії тощо); суспільство недостатньо поінформоване про причини, перебіг та наслідки хвороби; симптоми очевидні і не можуть бути приховані від сторонніх очей.

Найчастіше психологічна стигма з'являється на тлі фізичної недуги. Наприклад, людина вважає, що вона «немічний інвалід», з яким ніхто не захоче створити сім'ю. Проблема полягає в тому, що особа з таким клеймом починає ховатися від суспільства, як від стресора, жаліти себе, обмежувати коло спілкування. Дуже часто це спостерігається у ветеранів військових дій, які отримали фізичні ушкодження, що обмежують їх здатність до пересування. Вони налаштовані на невдачу або навіть зовсім відмовляються від спроб що-небудь зробити: «Я ж інвалід, у мене нічого не вийде, я нікому не потрібен, тому що я тягар». Те ж саме відбувається з дівчатами, які страждають на зайву вагу. Вони або зациклюються на своїй зовнішності і ведуть усамітнений спосіб життя, відсторонюючись від спілкування з протилежною статтю, або доводять себе до анорексії. Таким чином, стигма стає причиною самобичування і саморуїнування.

Як правило, як у житті, так і в умовах медичного закладу, це боязкі, сором'язливі, делікатні люди. Вони схильні до «вибачального» стилю поведінки, бояться турбувати медперсонал по «дрібниціях» (навіть якщо насправді їх скарги далеко не дрібниці). Такі пацієнти із радістю приймають психологічну допомогу, регулярно відвідують медичного психолога чи психотерапевта лікувального закладу.

*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів із психіатричними діагнозами, але зустрічається й при усіх без виключення хворобах, оскільки вирішальним у формуванні цього типу; ставлення до хвороби є преморбідні особливості пацієнта (астено-невротичний, емотивний типи акцентуації).*

**Стратегія поведінки медичного працівника.** Для зниження тривоги пацієнта потрібна організація доступної діяльності (читання книг, перегляд розважальних телепередач, прогулянки). Часто родичі відчувають труднощі при спілкуванні з



хворим, оскільки не можуть обговорити з ним актуальні проблеми та свої сумніви. Іноді ці проблеми спілкування зумовлені хибними уявленнями родичів про інформованість пацієнта щодо його захворювання, оскільки саме сенситивні пацієнти знають набагато більше про свою хворобу, ніж думають про це рідні. Наприклад, родичі не приймають несприятливий прогноз захворювання, сподіваючись на одужання, не хочуть слухати реальні емоції хворого, його бажання, у випадку депресивної реакції пацієнта його пасивність, мовчання виявляються досить важкими для членів сім'ї, що в свою чергу, підсилюють відчуття самотності у власне хворого. У даних ситуаціях роль лікаря може полягати в допомозі рідним знайти контакт з пацієнтом, розібратися в особливостях його психологічного стану на поточний момент, пояснити особливості перебігу його хвороби та страхи і побоювання у зв'язку із можливим осудом з приводу хвороби. Дуже важливо, щоб медичний працівник зберігав лікарську таємницю та у випадку небажання пацієнта, не повідомляв його родичам певну інформацію.

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** такі пацієнти потребують «материнського» підходу: їх потрібно постійно підтримувати та підбадьорювати, переконувати в реальних і уявних побоюваннях, вселяти впевненість у позитивних результатах лікування.

**Приклад.** Ольга П., 25 років, повар. Звернулася до психолога онкодиспансері з приводу страху негативного ставлення до себе з боку рідних і друзів через наслідки хіміотерапії. Пацієнтка більше турбувалася про випадіння волосся, ніж за відсутність видаленого органу. За словами дівчини, те, що вона лиса бачать усі, навіть добре підібрана перука кидається в очі оточуючим, які задають «незручні» питання, на кшталт того «у тебе рак?», «а як ти тепер жити будеш?». Пацієнтка скаржиться, що від неї відвернулася навіть найближча подруга, яка мало того, що стала уникати спілкування, а ще й відкрито сказала Ользі, що боїться, аби та не зурочила її дітей. Допомога пацієнтці була комплексною: у напрямку підвищення впевненості у собі, формуванню нових життєвих цілей, визначення можливостей щодо зміни роботи, крім того родичі Ольги були проінформовані про її хворобу, ефективність лікування і шляхи підтримки пацієнтки на усіх етапах реабілітації.

## 10. ЕГОЦЕНТРИЧНИЙ (істероїдний, демонстративний)

*Так що це я все про себе і про себе! А як вам моя нова сукня?*

**Основна риса** – прагнення поставити себе в центр інтересів медперсоналу і близьких, заволодіти їх увагою і виставити свої страждання напоказ.

**Характеристика.** Демонстрація близьким та оточуючим своїх страждань і переживань з метою викликати співчуття та повністю заволодіти їх увагою. Вимога виняткової турботи про себе, цілковита неухважність до близьких. Розмови оточуючих швидко переводяться «на себе». Інші люди, які також потребують турботи, розглядаються як «конкуренти», ставлення до яких неприязне. Характерні емоційна нестабільність і непрогнозованість. Скарги їх різноманітні, перебільшені; пред'являються з театральним тоном і жестами з метою викликати жалість, показати свою винятковість і рідкісний характер своєї хвороби. У поведінці та висловлюваннях таких пацієнтів читається «Я неадекватний, не можу жити самотійно, а тому потребую всебічної уваги». Егоцентричні пацієнтки здебільшого

привертають увагу лікарів чоловічої статі тим, що всіляко демонструють свою сексуальність (одягають блузки з великим декольте, короткі спідниці, еротичну спідню білизну тощо). Такі пацієнти егоїстичні та намагаються отримати якомога більше користі зі своєї хвороби. Якщо вони страждають на судинно мозкову патологію, то стверджують, що вогнище ураження знаходиться у незвичайному місці; наприклад аневризма у мозкової тканини. Якщо мають інфекційну хворобу, то стверджують, що вона зумовлена екзотичним мікробом або найновішим вірусом. Мета такої поведінки: «створення умовної приємності або бажаності хвороби» (І. П. Павлов) як виходу з важкої ситуації. Зрозуміло, що такі пацієнти вкрай важкі у догляді, і будь-який, навіть дрібний прояв неуваги, використовують як привід для конфліктів або шантажу. Зазвичай часто сваряться з сусідами по палаті навіть через дрібниці.



Вирішальним у формуванні егоцентричного типу ставлення до хвороби є преморбідні особливості – демонстративна акцентуація чи істеричний розлад особистості.

*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів із бронхіальною астмою, та практично не зустрічається серед пацієнтів з інфарктом міокарда та онкологічними хворобами.*

**Стратегія поведінки медичного працівника.** Контакт із егоцентричними особистостями ускладнюється численними установками: «мені всі повинні», «треба брати від життя все», «у мене виникає серцевий напад кожен раз, коли чоловік пізно повертається» тощо. Вони не прагнуть зрозуміти свій стан і дуже засмучуються, коли в результаті обстежень діагноз (особливо якщо він гарно звучить: мігрень, протрузії, альвеоліт) не підтверджується. Демонстративні пацієнти невідповідальні, а обіцянки виконують тільки після багаторазових нагадувань. Так вони можуть ставитися і до рекомендацій лікарів. У спілкуванні важливо уникати будь-яких конфліктних тем, критики і нав'язливих порад. Намагаючись егоцентричного пацієнта в чомусь переконати, потрібно показати, що нове рішення принесе йому видимі вигоди. Таким пацієнтам властиві постійні конфлікти з близькими, тому останніх практично не реально залучати до допомоги в процесі лікування. При спілкуванні оптимальними є гранична коректність, небагатослівність, посилення на крайню зайнятість. Головне в роботі з такими пацієнтами - уникнути «поневолення», не виконувати всіх забаганок, не допускати командування собою.

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** керівництво (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).

**Приклад.** Ірина Д., 32 роки, звернулася до стоматолога з приводу видалення зуба. На прийомі демонструвала своє декольте, загравала з лікарем (а після першого прийому розповідала подрузі, що «лікар на неї запав»), стогнала від болю, який при огляді був мінімальний. Під час видалення зуба заважала стоматологу, хапала його за халат, попри сильну анестезію кричала, намагалася вирватися, а потім неодноразово приходила на повторні прийоми скаржачись на те, що рана погано заживає. Ірина постійно наголошувала, що так як у неї, ні у кого не болить.

Стоматолог не реагував на демонстративну поведінку пацієнтки і через деякий час вона переключила свою увагу на іншого лікаря.

## 11. ПАРАНОЇДНИЙ (підозрілий)

*Якщо інтуїція не знаходить свого підтвердження у реальності - це вже не інтуїція, а параноя*

**Основна риса** – впевненість, що хвороба зумовлена злими намірами інших людей.

**Характеристика.** Крайня підозрілість і пильність щодо розмов про себе, до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення або побічні дії ліків недбалості або злему наміру лікарів і медичного персоналу. Звинувачення і вимоги покарань медиків у зв'язку із цим. Пацієнти впевнені, що хвороба сталася в результаті чийогось злого умислу («пристріту», «псування», навіть отруєння з боку сусідів або ненависних родичів). Відповідно, потрапляючи в стаціонар або перебуваючи під тривалим амбулаторним наглядом, вони також виявляють помітну паранояльну налаштованість: із недовірою ставляться до усіх призначених ліків і процедур, особливо багато випитуючи про можливі шкідливі наслідки таких призначень («УЗД робити шкідливо, від рентгену буде променева хвороба», «після того як візьмуть кров, місце уколу обов'язково загноїться» тощо). Підозріло параноїдні пацієнти ставляться до персоналу, особливо до лікарів-інтернів. Вони майже ніколи не вірять в правомірність діагнозу, підозрюючи, що від них приховують іншу тяжку хворобу. Для таких пацієнтів характерна «кверулянтна поведінка» (сутяжництво) - вони постійно пишуть скарги на медсестер і лікарів, навіть на студентів-практикантів, не прощаючи їм найменших як реальних, так і уявних промахів. При незадоволенні їх скарг звертаються письмово в усі вищі інстанції. Конфліктують також і з сусідами по палаті.



*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів із алкогольною залежністю, деменцією у тому числі на її початкових стадіях, епілепсією, після черепно-мозкових травм та інших органічних уражень головного мозку, а також при виразкових хворобах шлунку та 12-палої кишки.*

**Стратегія поведінки медичного працівника.** При спілкуванні з такими пацієнтами слід дотримуватися максимальної обережності і коректності – не давати приводів для скарг. Втім, при грубоцях та агресії, провокуванні конфліктів, треба натякнути на вимушене переведення до іншої палати, під спостереження іншого лікаря, медсестри, на необхідність психіатричного консультування, навіть на виписку. Часто впевнений імперативний тон призводить хоча б до тимчасової нормалізації поведінки пацієнта.

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** керівництво (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів).

**Приклад.** Вікторія С., 40 років, менеджер. Звернулася до гастроентеролога з приводу періодичного болю в животі. Жінка запідозрила у себе глисну інвазію та

звинувачувала сусідку, у тому, що ця хвороба у неї виникла («вона завжди мені заздрила, а тому зурочила»). До обстежень Вікторія ставилась вкрай негативно, особливо боялася ФГС, яке, на її думку, було шкідливішим за саму хворобу. Тричі пацієнтка змінювала лікарів, звинувачуючи їх у недбалості, нерозумінні ситуації та небажанні вплинути на сусідку. Під час перебування у стаціонарі писала скарги в місцевий відділ охорони здоров'я, ходила на прийом до головного лікаря. На деякий час її поведінка нормалізувалася, після попередження про негайну виписку за порушення режиму, численні конфлікти з іншими пацієнтами та медичним персоналом. У спілкуванні на Вікторію діяв лише впевнений «командний» тон лікарів, лише тоді пацієнтка заспокоювалася та виконувала всі медичні призначення.

## 12. ДИСФОРИЧНИЙ (агресивний)

*Скільки слів ми промовчали, коли потрібно було говорити.*

*Скільки слів ми сказали, коли потрібно було мовчати.*

**Основна риса** – домінує гнівливо-похмурий, озлоблений настрій, постійний насуплений, непривітний і незадоволений вигляд.

**Характеристика.** Заздрість і ненависть до здорових, включаючи рідних та близьких. Недоброзичливість до сусідів по палаті, конфліктність, недовіра до медперсоналу, процедур і лікування, деспотичне та агресивно ставлення до відвідувачів, бажання прилюдно принизити членів своєї родини. Для легкої дисфорії характерні прискіпливість, буркотливість, образливість, а також іноді іронія та уїдливість. Зазвичай легку дисфорию оточуючі сприймають за притаманну людині характерологічну особливість. Важка дисфорія проявляється тугою, злістю, почуттям відчаю і безвиході, а також спалахами люті. При дисфорії також часто відзначається відчуття розчарування і загальної незадоволеності, втрата інтересу до життя. Цей стан може призвести до зловживання алкоголем або наркотиками, крім того є ризик здійснення протиправних вчинків чи навіть суїциду. Зустрічається і дисфоричний (гнівливо-похмурий) тип ставлення до власне хвороби, який вважається одним із найбільш деструктивних та майже не коректується. Імовірність агресивної поведінки найбільша у хворих, що зловживають алкоголем або психоактивними речовинами, які перенесли важкий стрес, звично втрачають самоконтроль у незнайомому оточенні або вчинили насильство в минулому. Крім того, дисфорична поведінка часто спостерігається у хворих з дегенеративними захворюваннями головного мозку, деменцією, делірієм, післяпологовими та параноїдними психозами, розумовою відсталістю і черепно-мозковими травмами, а також з пухлинами мозку, менінгітом, енцефалітом та іншими захворюваннями, що викликають органічне ураження ЦНС.

*Найчастіше цей тип ставлення до хвороби характерний для пацієнтів збудливого або епілептоїдного типу. Часто дисфорія є реакцією організму людини на хіміотерапію в процесі лікування онкологічних хвороб і туберкульозу.*

**Стратегія поведінки медичного працівника.** Залучення членів сім'ї до процесу лікування, як правило, неефективне. Відповідаючи на питання, пам'ятайте,





що до пацієнта потрібно ставитися з повагою. Не використовуйте захисну позицію і не відносьтеся до пацієнта зверхньо. Повідомляйте факти таким чином, щоб підтримати і обнадіяти його, реагуючи на приховане почуття тривоги, страху і незадоволеності. Наприклад: «Схоже, ви турбуєтеся про майбутню операцію». Лікар може запобігти появі гніву, передусім передбачаючи питання і відповідаючи на них ще до того, як вони будуть задані. Слід повідомляти пацієнту і членам його сім'ї про всі аспекти лікування. Багато пацієнтів дратуються, коли відчують, що про них забули або їх не помічають. Не слід намагатися підпорядкувати собі пацієнта, вказуючи на лікарняні правила або наполягаючи на прийомі ліків або інших методах лікування. Замість цього треба з'ясувати у пацієнта причину його відмов. Наприклад: «Будь ласка, поясніть мені, чому ви не хочете цього?» Вислухавши пацієнта, спокійно пояснити наслідки його відмови і запропонувати альтернативні рішення. Необхідно показати такому пацієнтові, що лікар і він – партнери: «Я можу зрозуміти ваше засмучення» або «Я бачу, що ви розчаровані» та знову запропонувати йому альтернативні рішення. Ніколи не можна гніватися самому та намагатися зупинити пацієнта такими фразами, як «Заспокойтеся», «Тримайте себе в руках», «Припиніть кричати». Вони тільки підливають масла у вогонь – подовжують і можуть навіть посилити спалах гніву. Як тільки пацієнт почне заспокоюватися, треба вербалізувати його почуття: «Я бачу, що ви засмучені (або розсерджені, в люті)». В кінці розмови слід досягти прийнятної угоди. Запропонувати пацієнту декілька варіантів вирішення його проблем, сказавши: «Ось як ми можемо впоратися з цим». Якщо всі способи впливу на пацієнта зазнають невдачі, а сам пацієнт стає фактично некерованим, тоді такий спалах гніву лікується як кризовий стан. У такій ситуації пріоритетним завданням стає забезпечення безпеки як персоналу і хворих, так і самого пацієнта. Одне з найпростіших правил: якщо ви перебуваєте в палаті (в кабінеті) з таким пацієнтом, стійте між пацієнтом і виходом так, щоб ви могли в разі необхідності швидко вийти з палати (з кабінету). Стійте обличчям до пацієнта, ніколи не повертайтеся спиною і тримайтеся на достатній відстані.

**Модель стосунків «лікар-пацієнт»:** партнерство (співпраця у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом).

**Приклад.** Сергій С., 50 років, колишній військовий. Поступив в онкологічний диспансер з підозрою на рак прямої кишки. Пацієнт замкнувся в собі, безвідповідально ставився до лікувальних процедур, конфліктував із сусідами по палаті, змушував дружину виконувати його забаганки, якщо ж та відмовлялася – при інших принижував її, нецензурно висловлювався на її адресу. Сергій любив сидіти на лавці в парку перед лікарнею. Одного разу його лікуючий лікар сів поруч із ним. З півгодини вони сиділи мовчки. Наступного дня ситуація повторилася. Через кілька днів лікар на очах у пацієнта повісив на гіллі найближчого дерева годівницю для птахів і знову мовчки сидів поруч – тепер їх самотність порушувалося співом пташок. Протягом двох тижнів доктор завів ще й звичку прямо з лавки годувати прибудних кішку. Через кілька днів лікар і пацієнт вже вели невеликі діалоги. Приблизно через місяць пацієнт став виконувати лікарські призначення, почав цікавитися ходом лікувального процесу.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ РІЗНОГО ВІКУ

Найбільші розбіжності між суб'єктивною оцінкою хвороби і її об'єктивними проявами виражені в молодому і літньому віці (А.В.Квасенко, Ю.Г.Зубарєв).

При оцінці суб'єктивного аспекту хвороби у дітей завжди слід враховувати вік дитини, відповідність ступеню її психічної розвиненості паспортному віку. Тривале соматичне захворювання у дітей нерідко стає джерелом затримки загального фізичного і психічного розвитку. Крім того, при захворюваннях в дитячому віці часто відбувається не лише затримка в розвитку, а й явища регресії (повернення до типів психічного реагування, характерних для більш молодших вікових періодів), яка розглядається як захисний психологічний механізм. Відповідно, об'єктивне значення поняття «хвороба» часто не усвідомлюється ними, не відбувається розуміння її тяжкості та наслідків для подальшого життя.



У дітей дошкільного віку (3-6 років) часто можна зустрітися з фантастичними уявленнями про хворобу, нав'язаними переживаннями страху уколів, інших медичних маніпуляцій.

У медицині дітьми, які часто хворіють вважаються:

- діти до 1 року, якщо випадки гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) - 4 і більше на рік;
- діти від 1 до 3 років - 6 і більше ОРЗ в рік;
- діти від 3 до 5 років - 5 і більше ОРЗ в рік;
- діти старше 5 років - 4 і більше ОРЗ в рік.

Д.Н. Ісаєв характеризує загальний стан таких дітей проявами, які можна позначити як передневротичні (порушення сну, тики, патологічні звички, безпричинний плач), вегетодистонічні (запаморочення, головний біль, порушення ритму серцебиття, задишка, непритомність, повторні болі в животі, гіперемія шкіри, відрижка повітрям), соматичні (спрага, булімія, блювота після їжі, ожиріння, непереносимість окремих видів їжі, свербіж шкіри і висипання). У структурі хронічних захворювань найчастіше зустрічаються хвороби ЛОР-органів, органів травлення, опорно-рухового апарату і хвороби нервової системи (неврози, астенічний синдром, невротичні реакції).



Захворюваність у всіх вікових групах вища у хлопчиків. Якщо не брати до уваги важкі і невиліковні соматичні захворювання, то за частотою згадувань дітьми дитячі хвороби розподіляються наступним чином:

- застуди (грип, ангіна, кашель і нежить, хворі горло або вухо);
- інфекційні хвороби (краснуха, вітряна віспа, кір);
- травми (переломи рук або ніг, забої, струс мозку, опіки);

- операції (гланди, аденоїди, апендицит);
- госпіталізація (хвороби, що вимагають обстеження або оперативного лікування).

Сучасна медицина визнає два види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку: Соматогенні (внаслідок інтоксикації) і психогенні (реакція особистості на захворювання і його наслідки).

Нову соціальну ситуацію розвитку створюють для хворої дитини два види обмежень: а) обмеження руху, б) обмеження пізнавальної діяльності. Рухова активність є важливою формою самовираження дитини, а також найсильнішим чинником її розвитку. Крім того, зміна пізнавальної активності соматично хворого дошкільника і обмеженість спілкування з однолітками істотно змінюють соціальну ситуацію розвитку, інфантилізуючи його. Погане самопочуття, обмеження рухів, важке і тривале лікування призводять до розвитку емоційного занепокоєння, порушення сну, високої тривожності, депресивних і регресивних реакцій.

Діти 4-9 років здоров'ям вважають просто відсутність хвороби.

**Загалом для дошкільників характерно:**

- відсутність усвідомлення хвороби в цілому (це пояснюється як обмеженістю знань дитини про хвороби, так і тим, що знання про хвороби не означають для неї усвідомлення реальної тяжкості захворювання.);
- невміння формулювати скарги (часто батьки розповідають про навмисну симуляцію дитиною хвороби задля отриманні певних вигод, однак в таких ситуаціях краще проявити більшу пильність аби не допустити ускладнень хвороби, вислухати усі скарги дитини, а не проігнорувати їх);
- сильні емоційні реакції на окремі симптоми хвороби (як правило, це страх, який часто зумовлений реакціями батьків на хворобу дитини);
- сприймання лікувальних і діагностичних процедур як дуже страшних (особливо якщо дитину залякували на кшталт «будеш себе погано поводити – лікар зробить тобі укол», «не будеш їсти суп – тьотя стоматолог тобі усі зуби розсвердлить»);
- регрес на попередні етапи психічного розвитку (відкат, повернення з уже досягнутої точки психічного розвитку на одну із попередніх);
- почуття страху, туги, самотності у стінах лікувального закладу, далеко від батьків (переживання дитини багато в чому більш залежать від емоційного стану батьків і осіб, які за нею доглядають, ніж навіть від її власного фізичного стану).

*Стратегія спілкування медичного працівника:* дошкільники потребують «материнського» підходу: їх потрібно постійно підтримувати та підбадьорювати, переконувати в реальних і уявних побоюваннях, вселяти впевненість у позитивних результатах лікування. Бажана організація негучних ігор, читання, проведення процедур із умовляннями. Важливе професійне спілкування із родичами хворої дитини. Улюблені тварини, іграшки, книжки, мультфільми дозволять відволікти

дитину від неприємних відчуттів і важких переживань і тому теж позитивно впливають на її самопочуття, настрої і перебіг захворювання.

У *молодшому шкільному віці* (7-11 років) гостре захворювання, особливо якщо воно переноситься вдома, у звичній обстановці, як правило, не викликає особливих психологічних проблем. Психологічні труднощі виникають у дітей і їх батьків, коли вони дізнаються про хронічну, часто невиліковну хворобу. На відношення до здоров'я дитини молодшого шкільного віку впливає тип сімейного виховання і особливості ставлення до здоров'я її батьків. Оцінюючи здоров'я, діти 9-11 років орієнтуються на соматичне благополуччя.

Для підтримки здоров'я молодші школярі вважають важливим дотримуватися режиму сну і відпочинку, підтримувати фізичну активність. Якщо здоров'я погіршується, вони звертаються за допомогою до лікарів і батьків. Молодші школярі дають, нечітке визначення поняттю здоров'я («Життя!», «Найголовніше!», "Це все!"). Учні відзначають, що відсутність правильного харчування і екологія є важливою причиною погіршення здоров'я. Більшість дітей не готові визнати свою роль в погіршенні здоров'я. Основне джерело інформації про здоров'я – батьки.

Молодші діти дуже емоційні, активні, але лише кожен п'ятий вважає себе здоровим. У молодшому шкільному віці діти вважають, що здоров'я обов'язково потрібно, якщо хочеш досягти успіху в житті, образ здоров'я пов'язаний із фізичним рівнем («не болить», «гарно виглядає»).

У випадку госпіталізації ситуація ускладнюється тим, що дитина соматично ослаблена, її адаптаційні ресурси обмежені. Особливості діагностичного та лікувального процесу, а також поведінки медичного персоналу також можуть виступати в якості джерела психотравматизації. Переживання страху перед лікарськими маніпуляціями, перед лікарями і можливими негативними наслідками їх дій – характерні для дітей молодшого шкільного віку. Посилювати ці переживання можуть дії медичного персоналу, пов'язані з недостатньою чуйністю, відсутністю пояснення проведених з пацієнтом процедур.



У перші дні перебування в стаціонарі у дітей спостерігається підвищений рівень тривожності, пов'язаний із ситуацією госпіталізації, що проявляється у зайвій скутості при обстеженні, метушливості, нервозності, неможливості знайти собі місце, почуття занепокоєння і неясного побоювання, пов'язаного з можливими наслідками ситуації госпіталізації. Однак, вже починаючи з першого тижня перебування дітей в лікарні, занепокоєння поступово редукується.

На відміну від загальної неспецифічної тривоги тривога у зв'язку із лікуванням і медперсоналом слабшає тільки до кінця госпіталізації, а до середини госпіталізації може навіть посилюватися. Це можна пояснити тим, що діти, потрапляючи в стаціонар, ще не мають особистого негативного досвіду, який несуть болючі медичні процедури, і не знають, що їх чекає. У міру ж проходження лікувальних заходів, пов'язане з ними емоційне напруження у дітей посилюється, стихаючи лише до кінця госпіталізації. Сльозливість у дітей зменшується лише до

виписки, що співвідноситься з динамікою тривоги у зв'язку з лікуванням і медперсоналом. Цікаво, що найбільшу стабільність проявляють поведінкові труднощі в дотриманні режиму. Труднощі викликає переважно нерозуміння дитиною необхідності виконання приписів лікаря і неможливість дитини «переключитися» з домашньої обстановки на лікарняні умови.

Загалом *для дітей молодшого шкільного віку характерно:*

- обмеженість знань дитини про хвороби, зв'язок здоров'я переважно із відсутністю болю;
- симуляція задля отримання певних вигод (наприклад, не йти до школи), маніпулювання батьками, які переживають за здоров'я дитини;
- сильні емоційні реакції на окремі симптоми хвороби (це залежить від ставлення батьків до хвороби дитини та типу сімейного виховання);
- страх лікувальних і діагностичних процедур (особливо якщо дитину залякували медичним персоналом або лікувальними заходами);
- регрес на попередні етапи психічного розвитку;
- почуття тривоги, страху та самотності у стінах лікувального закладу, далеко від батьків.

*Стратегія спілкування медичного працівника:* подібна то тієї, що застосовується із дошкільниками, а саме «материнський підхід»: їх потрібно постійно підтримувати та підбадьорювати, переконувати в реальних і уявних побоюваннях, вселяти впевненість у позитивних результатах лікування, крім того діти у цьому віці вже здатні зрозуміти загалом особливості їх хвороби, тому медичним працівникам слід у доступній для дитини формі, пояснювати особливості її стану. Бажана організація негучних ігор, читання, рукоділля. Важливе професійне спілкування із родичами хворої дитини.

*У підлітковому віці* найбільш важкі психологічні реакції можуть бути викликані не тими хворобами, які об'єктивно небезпечні з медичної точки зору, а тими, що змінюють зовнішній вигляд підлітків, роблять їх непривабливим. Це зумовлено існуванням у свідомості підлітка основної потреби – «задоволеності власною зовнішністю». Крім того, часто спостерігається втеча від хвороби у світ фантазій та нереальних мрій.

Скарги підлітків формулюються більш чітко, з'являються усвідомлення хвороби. Одночасно можуть проявитися і підвищена вразливість, і сприйнятливність до захворювання, що виражаються в тривожних побоюваннях, спрямованих у майбутнє. Звідси – фіксація на неприємних відчуттях, що може стати основою іпохондричних переживань.

Оцінюючи здоров'я, підлітки 12-14 років орієнтуються на соціальну активність. Прагнення до скорішого дорослішання часто супроводжується засвоєнням шкідливих звичок, що негативно впливають на здоров'я підлітків.

Госпіталізація юнаків і дівчат старше 15 років в дитячі лікарні супроводжується появою труднощів та проблем, зумовлених особливостями



критичного вікового періоду, а саме небажанням бути приналежним до дитячої вікової групи.

У структурі захворюваності підлітків перше місце належить хворобам органів дихання, на другому місці хвороби шкіри та підшкірної клітковини, на третьому – травми та отруєння. Нозологія захворювань дитячого та підліткового віку в основному співпадає. З огляду на переважання у підлітковому віці хронічних соматичних захворювань, а також врахування тих особливостей, що виникають при госпіталізації підлітків в дитячі лікарні, для лікування підлітків можуть бути використані денні стаціонари, де проводяться діагностичні, лікувальні або реабілітаційні заходи для пацієнтів, які потребують цілодобового медичного спостереження.

Загалом *для підлітків характерно:*

- наявність знань про хворобу;
- переважання психологічної домінанти віку – бажання бути дорослим;
- бравада як форма самозахист при внутрішній психологічній вразливості;
- зневажливе ставлення до хвороби, факторів ризику;
- страх лікувальних і діагностичних процедур.

*Стратегія спілкування медичного працівника:* контракт (співпраця на основі взаємних зобов'язань, визначених завдань лікування та очікуваних результатів). Спілкування з урахуванням вікових психологічних особливостей, опорою на самостійність і дорослість підлітка.

*Пацієнти юнацького віку* (15-20 років) характеризуються тим, що часто недооцінюють хворобу. Вони переживають переважно не з приводу факту власне хвороби, а через ситуацію, що склалася внаслідок неї (обмеження фізичної та соціальної активності, ставлення рідних, друзів і колег тощо). Дуже гостро сприймаються больові відчуття, але найважче пацієнти юнацького віку та молоді люди переносять перебування в стаціонарі.

Юнацтво – це період емоцій, бажань, енергії та ентузіазму. У цьому віці самоствердження стає життєвою необхідністю, однак воно не означає автономію від дорослих, а передбачає орієнтацію і визначення свого місця в дорослому світі.



Юнаки та дівчата відкривають свій особистий неповторний внутрішній світ (молода людина починає сприймати свої переживання, емоції не як відображення зовнішніх подій, а як стан власного внутрішнього Я, усвідомлює свою неповторність). При цьому важлива рефлексія – заглиблення у світ власних вчинків, почуттів, переживань, співвіднесення їх з навколишньою дійсністю. У молодих людей виникає усвідомлення незворотності часу, тобто кінечності свого існування, що змушує їх серйозно замислюватися над сенсом життя, своїми перспективами, майбутнім, життєвим шляхом.

Актуальність питань, які стосуються стану здоров'я допризовної молоді та можливості її залучення до військової служби сьогодні загострилася як ніколи.

Протягом останніх років спостерігається стійка тенденція до погіршення стану здоров'я даної вікової групи. За даними Міністерства охорони здоров'я України, поширеність захворювань (усі зареєстровані хвороби (гострі та хронічні), якими хворіла особа протягом року) серед юнаків 15–17 років впродовж останніх 5 років збільшилась майже на 10%.

Задля максимального збереження фізичної і соціальної активності юнаки та молоді люди часто лишають поза увагою симптоми хвороб й звертаються до лікарів лише у випадку гострого болю чи сильного погіршення самопочуття. Має місце так звана *дисимуляція* – поведінка, протилежна симуляції, пов'язана із установкою на приховування хвороби, її симптомів або окремих проявів. Може мотивуватися як усвідомленими цілями – наприклад, випискою зі стаціонару, виходом на роботу тощо, так і неусвідомлюваними, у тому числі пов'язаними з компенсаторними формами особистісного реагування. Спостерігається в основному при захворюваннях, пов'язаних для людини із певними об'єктивно чи суб'єктивно невігідними ситуаціями.

Загалом **для юнаків і молоді характерно:**

- наявність знань про хворобу, її симптоми та наслідки;
- переважання психологічної домінанти віку – самоствердження, спрямованість на соціальну активність, які хвороба може стати на заваді, а тому її симптоми всіляко ігноруються;
- дисимуляція (зумисне приховування хвороби або її окремих симптомів);
- відсутність страху лікувальних і діагностичних процедур.

**Стратегія спілкування медичного працівника:** «партнерство» (співпраця у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом).

**Пацієнти зрілого віку** більш психологічно важко реагують на хронічні та інвалідизуючі захворювання. Це відображає спрямованість людини зрілого віку задовольняти такі соціальні потреби, як потребу в благополуччі, добробуті, незалежності, самостійності та ін. В цьому відношенні найбільш сильні переживання пов'язані з онкологічними захворюваннями. Цей вік вважається віком максимальної активності і продуктивності, а тому таким пацієнтам притаманне найбільш адекватне ставлення до здоров'я та хвороб.



Однак саме у даному віці найбільш вираженими виявляються симптоми нозокомефобії та ятрофобії.

Якщо стосовно багатьох фобій серед психологів ведуться суперечки про їх походження, то у випадку з *нозокомефобією* (страх лікарень) думки фахівців єдині. Даний страх повністю походить із дитинства. Справа в тому, що так вже влаштована пам'ять людини, що активно працює вже з віку трьох років, і в деяких випадках і раніше. І якщо, малюкові щось не сподобалося в процедурному кабінеті, пам'ять неодмінно це зафіксує, і надійно збереже. Через навіть тривалий час людина ні за що не захоче знову опинитися в тому місці, навіть якщо і розуміє, що це їй необхідно, і боятися нічого. Чи є вихід з подібної ситуації, і що робити, якщо

побувавши на прийомі у лікаря, вже доросла людина не може змусити себе прийти на повторну консультацію? Фахівці стверджують, що в цьому випадку потрібно постаратися змінити свій настрій на більш оптимістичний. Якщо це ніяк не вдається, то можна спробувати записатися на прийом до іншого лікаря, якщо причина саме в цьому.

Також, причина розвитку боязні лікарень нерідко пов'язана з тим, що майже у всіх людей лікарні асоціюються з нещастями, операціями, стражданнями. Це легко зрозуміти, так як вони виявляються в такому місці, коли серйозно хворі самі, або, коли в лікарні знаходиться хтось із близьких. Крім усього, багатьох просто призводить до паніку так звані лікарняні запахи, звук нікельованих інструментів невідомого призначення, схожих на знаряддя тортур, всілякі крапельниці та шприци. Якщо людина перенесла в лікарні біль, то ці спогади практично неможливо викоринити зі свідомості, і періодично даючи про себе знати, вони викликають підсвідомий страх. Тому, людині необхідно допомогти правильно розуміти важливість існування медичних установ. Завдяки своєрідною емоційної підготовленості людина зможе впоратися із фобічним страхом.



*Ятрофобія* – це неконтрольований страх перед відвідуванням лікаря. Серед усіх фобій, що стосуються медицини, ця є найпоширенішою, так як побічно пов'язана із багатьма іншими фобіями і захворюваннями. Найсильніший страх своїм пацієнтам вселяють стоматологи і гінекологи.

*Поради, як подолати страх лікарів і лікарень:*

- Якщо є необхідність побувати в лікарні, слід прийти в інший день, просто подивитися, ознайомитися з обстановкою. Тоді в той день, коли потрібно буде прийти на прийом до лікаря, не доведеться стільки нервувати і боятися.
- Можна попередньо розпитати лікаря про те, як проходить потрібна вам процедура, дізнатися характеристики медикаментів, уточнити їх вплив і можливі побічні ефекти (уточнити саме у лікаря, а не на форумах для пацієнтів).
- Якщо потрібно лікування в стаціонарі, краще взяти з собою улюблений плед, книгу, плеєр з улюбленими записами, набори для вишивки чи плетіння.
- Щоб знизити тривожність, при поступленні на лікування в стаціонар можна заздалегідь познайомитися зі своїм лікарем, медперсоналом.

*Загалом для пацієнтів зрілого віку характерно:*

- наявність знань про хворобу, її симптоми та наслідки;
- переважання психологічної домінанті віку – спрямованість на задоволення соціальних потреб, яким хвороба може стати на заваді, а тому її симптоми всіляко ігноруються;
- дисимуляція (зумисне приховування хвороби або її окремих симптомів);
- помірний страх лікувальних і діагностичних процедур, поява фобій, пов'язаних із необхідністю лікування (особливо у стаціонарі).



*Стратегія спілкування медичного працівника:* «партнерство» (співпраця у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом), орієнтація на трудову і соціальну реабілітацію.

**Захворювання у літньому віці** переносяться фізично важче і на тривалий час погіршують загальне самопочуття хворих. З віком до людини приходять ціла гама вікових психологічних феноменів: тут і обурення проти старості, і суттєва трансформація особистісних реакцій і життєвого стереотипу. З'являється невпевненість, песимізм, образливість, страх перед самотністю, безпорадністю, матеріальною скрутою. Помітно знижується інтерес до нового і взагалі до зовнішнього світу з фіксацією на переживаннях минулого і їх переоцінки. У міру старіння знижується психічна реактивність людини. Однак і тут не можна однозначно говорити тільки про регрес особистості в літньому віці, так як багато людей до глибокої старості зберігають свої позитивні якості і творчі можливості.

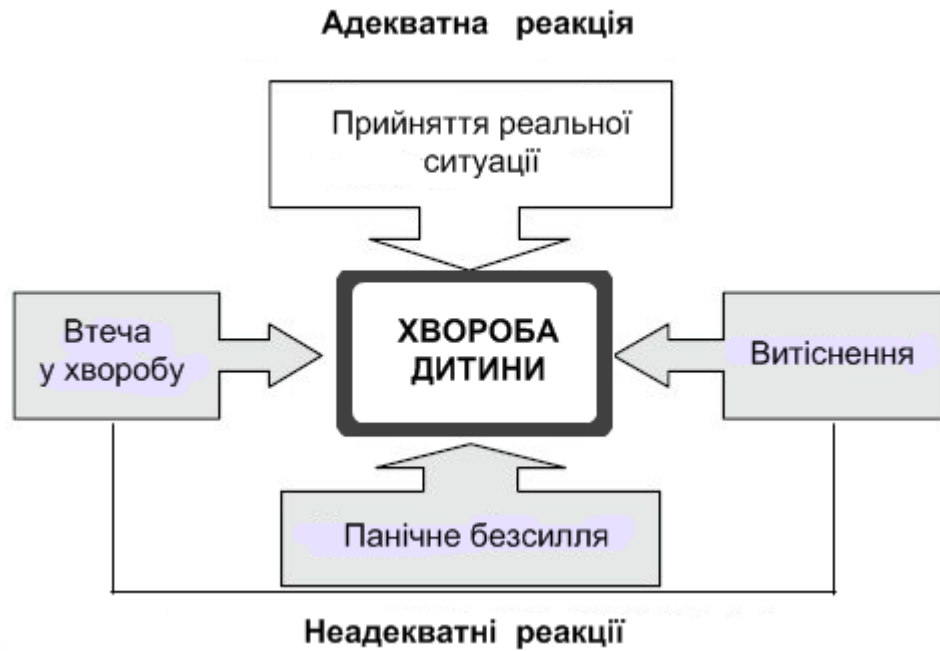
Встановлення психологічного контакту з пацієнтами похилого і старечого віку є справою досить складною, тому що потребує спеціальних навичок, великої уваги і терпіння. Для пацієнтів похилого і старечого віку характерна така психологічна домінанта віку – «наближення смерті», почуття туги, самотності, наростаюча безпорадність; такі неприємні вікові зміни як зниження слуху, зору, пам'яті, звуження інтересів, підвищена уразливість, вразливість, а також зниження можливості самообслуговування; інтерпретація хвороби тільки через вік, відсутність мотивації до лікування і одужання.

Загалом **для пацієнтів літнього віку характерно:**

- відсутність критичності у ставленні до хвороби, перебільшення значущості симптомів;
- переважання психологічної домінанти віку – усвідомлення кінцевості життя та наближення смерті;
- відсутність мотивації на одужання;
- відчуття самотності, туги, безпомічності;
- вікові зміни: зниження слуху, зору, пам'яті, звуження інтересів, підвищена вразливість, зниження здатності до самообслуговування.

*Стратегія спілкування медичного працівника:* залежить від збереженості когнітивних функцій пацієнта. В одних випадках доцільно застосовувати модель «керівництва» (авторитарна модель, при пасивній ролі пацієнта у лікувальному процесі, медпрацівник базується виключно на своїх професійних знаннях і уявленнях про необхідність лікувальних заходів), а в інших – «партнерства» (співпраця у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом). Однак завжди важливо підтримання у пацієнта відчуття власної значущості, підкреслено шанобливе, тактовне, делікатне ставлення без фамільярності і моралізування; орієнтація на рухову активність і мотивацію на одужання.

# РЕАКЦІЇ БАТЬКІВ НА ХВОРОБУ ДІТЕЙ



**«Прийняття реальної ситуації і активність в її подоланні».** Батьки добре розуміють фізичні, психологічні, поведінкові особливості своєї дитини, знають її можливості, враховують пов'язані з хворобою обмеження. Вони спостерігають за дитиною, вчаться допомагати їй у подоланні хвороби. Завдання батьків – підтримувати мужність і стійкість дитини в боротьбі з хворобою. Це згуртовує сім'ю, перетворює її в важливий лікувальний фактор.

**«Панічне безсилля».** Батьки налякані прогнозами лікарів, хворобу сприймають як щось неминуче і страшне, з чим безглуздо боротися. У наслідок чого у дитини виникає почуття приреченості і безсилля, вона не намагається долати хворобу і стає її пасивною жертвою.

**«Витіснення».** Батьки «закривають очі» на реальний стан дитини, не помічають симптомів. Виникає бажання приховати факт хвороби від оточуючих, страх, що її визнання може підірвати репутацію самих батьків. При такому типі ставлення дитина почувається самотньою та винуватою.

**«Втеча у хворобу».** Хвороба для дитини може бути захистом від складнощів життя, особливо коли батьки займають позицію гіперопіки. Звідси виникає велика ймовірність формування інфантильності. Все життя сім'ї виявляється присвяченим хворій дитині, навіть якщо така необхідність насправді відсутня.

У батьків нерідко виникають психогенні депресії, як реакція на важке захворювання дитини. Залежно від переважаючих клінічних проявів виділяють істинно депресивний (меланхолійний), астено-депресивний тривожно-депресивний та істероїдно-депресивний типи психогенних депресій.

**Істинно депресивні реакції (меланхолійний).** Цей тип депресії найчастіше спостерігається у батьків з конституційною схильністю до афективних розладів, частої зміни настрою. У клінічній картині цього варіанту депресії переважають пригніченість, тужливий настрій. Майбутнє уявляється у похмурих тонах. Іноді на перший план виступають ідеї провини, які тісно пов'язані з хворобою дитини.

Депресивні батьки дорікають себе в тому, що не вжили необхідних заходів для запобігання хвороби, багато карали дитину тощо.

**Астено-депресивний.** У цих випадках клінічна картина відповідає депресії виснаження. Астенічні депресії найчастіше виникають у ситуації тривалого емоційного напруження, невизначеності результату хвороби. Формуванню даного типу депресії сприяють астенічна конституція та резидуально-органічні ураження ЦНС і виснаження організму, пов'язані з тривалим фізичним і психічним напруженням. Переважають астенічні порушення (розбитість, постійна фізична втома, дратівливість, гіперестезія, головні болі), тривожні побоювання з приводу благополуччя сім'ї, різноманіття вегетативних розладів і тілесних відчуттів. У таких батьків порушується сон, особливо вночі, їх, переслідують думки про хворобу дитини. Сон поверхневий із млявістю і сонливістю протягом дня. В емоційному стані домінує апатія, почуття важкого безсилля, власної неспроможності, нездатності допомогти дитині, ці переживання супроводжуються зовнішньої байдужістю, загальною повільністю, загальмованістю.

**Тривожно-депресивний.** Даний варіант зазвичай виникає у ситуації очікування. Батьки цілком захоплені думками про майбутню операцію, важкий курс терапії, полохливі, пригнічені, стурбовані своєю подальшою долею, долею дитини та сім'ї, майбутнім інших близьких, результатом ситуації, що склалася. Тривожні побоювання, що переважають в клінічній картині, можуть набувати забарвлення нав'язливих страхів та супроводжуватися вираженими соматовегетативними порушеннями (серцебиття, відчуття задухи, підвищена пітливість) В період найбільшої гостроти стану тривога супроводжується руховим занепокоєнням, яка іноді досягає ажитації.

**Істероїдно-депресивний.** Даний варіант афективних розладів частіше виникають у осіб істероїдного, демонстративного складу, проте можливий і розвиток при інших типах характеру. Хвороба дитини умисне перебільшується, подається оточуючим більш драматично, ніж це є насправді.

На ставлення батьків до хворої дитини впливає багато різних обставин.

1. Попередні враження і переживання (наприклад, смерть дитини). Страх, неспокій батьків посилюються, вони бояться повторення трагедії і всю свою енергію зосереджують на дитині, яка зараз захворіла.

2. Коли у єдиній дитині бачать продовжувача роду, з нею зв'язуються надії на підтримку в старості. У такій ситуації егоїстичне виховання поєднується з надмірною заклопотаністю і побоюваннями щодо майбутнього цієї дитини. Позбавляючи дитину активності та ініціативи, батьки посилюють її незахищеність, непристосованість до реального життя.

3. Низький рівень власного здоров'я батьків, їх часті хвороби, переживання, пов'язані з важкими недугами близьких. У цій ситуації батьки часто переносять страх за власне благополуччя і життя на дитину. Крім того, вони нерідко побоюються, що через свої хвороби будуть нездатні виховати свого сина чи дочку.

4. Отримання батьками неякісної інформації про небезпеку тих чи інших через ЗМІ та інтернет. Це призводить до того, що деякі люди не стільки зміцнюють здоров'я або хоча б попереджають хвороби, скільки перебувають в страху перед можливістю зараження або захворювання. Постійно побоюючись неправильно

нагодувати, заразити, не вберегти, перевантажити дитину, батьки насправді не створюють умов для її загартовування і фізичних навантажень.

5. Переконаність батьків в своїх знаннях про конкретну хворобу або дитячі хвороби взагалі. Залежно від наявності або відсутності цих знань одні батьки з упевненістю лікують дітей самі, інші «виправляють» призначення лікарів, а треті, вважаючи, що підхід до їх дитини неправильний, водять її від одного фахівця до іншого.

На ситуацію, що виникає навколо хворої дитини, часто впливають відносини, які складаються у батьків з медичним персоналом. Повага до знань лікаря і довіра до всіх його призначень не тільки роблять батьків незамінним партнером у лікувальному процесі, а й створюють атмосферу надії, віру в швидкий благополучний результат хвороби. Дитина відчуває настрій батьків, які отримують необхідне керівництво по її лікуванню, що сприяє її швидшому одужанню.

## ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ

Посттравматичне зростання – це досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною у результаті зіткнення зі складними життєвими кризами (R. Tedeschi, L. Calhoun, 2004). У більшості людей є загальний набір уявлень про прогнозованість, керованість і доброзичливість світу, які вони використовують у своїй повсякденній активності. Однак сильні стресові події зумовлюють необхідність перегляду усталених переконань, поглядів на себе та своє місце в світі, що приводить до вираженого психологічного стресу. Дослідники нерідко використовують метафору землетрусу задля образного визначення раптовості та сили, з якими у людини під впливом травматичних подій руйнується роками напрацьований спосіб функціонування. Посттравматичне зростання відбувається тоді, коли людина намагається змиритися з подією, що сталася, відновитися після її руйнівних наслідків. На кшталт відновлення після землетрусу, люди після стресових подій мають можливість ретельно подумати про те, як вони хочуть відновити своє життя<sup>3</sup>.

Поняття «посттравматичне зростання» введено у науковий обіг у 1995 р. для визначення позитивних змін, що відбуваються у людини внаслідок важких життєвих криз. Хоча посттравматичне зростання і споріднені із ним терміни «зростання, зумовлене стресом» (C.L.Park, L.H.Cohen, R.L.Murch, 1996), «змагальне зростання» (P.A.Linley, S. Joseph, 2004) є відносно новими, ідея зростання як потенційного наслідку подолання психотравми є популярною у міфах, релігії, популярній літературі та науковій психології (В. Франкл, І. Ялом). Починаючи з 90-х рр. ХХ ст. з'явилися систематичні дослідження посттравматичного зростання, які базувалися на спеціально розроблених психодіагностичних методиках. Хоча дані дослідження тільки починають з'являтися, в число життєвих криз, що призводять до посттравматичного зростання,



<sup>3</sup> <http://www.posttraumaticgrowth.com/what-is-ptg/>

вже відносять: онкологію, хвороби серця, ВІЛ, зґвалтування, злочинні напади і військові зіткнення, паралічі, безпліддя, важкі особисті втрати, втрату житла внаслідок пожеж та інших стихійних лих, землетруси, авіакатастрофи. Наукові джерела дозволяють виділити три напрямки позитивних змін, які відбуваються в результаті життєвих криз, і ці напрямки швидше можуть бути описані, як напрямку росту, а не в традиційних для кризової психології термінах самоефективності і внутрішнього локус-контролю. Перший напрямок описує мобілізацію *прихованих можливостей особистості*, які змінюють самовідчуття і роблять людину більш стійкою перед нинішніми та майбутніми життєвими драмами. Другий напрямок змін вказує на те, що *травма зміцнює значущі взаємини*. Третій напрямок можна назвати екзистенційним, так як він стосується *зміни в життєвій філософії людини*, її пріоритетів щодо сьогодення, майбутнього тощо.

Посттравматичне зростання – це можливий результат після травматичної події, що стоїть на іншому полюсі ПТСР. Після травматичної події, наприклад, зґвалтування, інцесту, онкології, нападу, або участі у бойових діях, цілком нормально переживання виснажливих симптомів депресії і тривоги. Однак людина, яка демонструє постстресове зростання переживає ці негативні стани протягом певного незначного стану, а потім у неї спостерігається покращення самопочуття при чому на вищій рівень ніж це було до травми. Фундатор позитивної психології М. Селігман наголошував, що відновлення до вищого порівняно із дотравматичним рівнем психологічного функціонування є основною ознакою посттравматичного зростання. Замість того, щоб зосередитися на травматичних переживаннях, людина повертаючись до нормального життя, демонструє психологічну пружність і стійкість. Відповідно, травма діє як відправна точка для того, аби людина стала почуватися краще. М. Селігман наголошував, що травма часто є джерелом розвитку та визначає правильні засоби задля досягнення психологічного благополуччя. Слід зазначити, що посттравматичне зростання не виключає появи емоційних стресів, особливо на травматичні події, пов'язані насамперед із втратою. Люди можуть переживати дистрес і посттравматичне зростання одночасно.

Для фасилітації посттравматичного зростання М. Селігман запропонував наступні кроки:

- 1) зрозуміти свої реакції на травму
- 2) знизити тривогу
- 3) використовувати конструктивне саморозкриття
- 4) створити травматичний наратив (детально описати свої травматичні переживання)
- 5) стати відкритішим до змін.

У результаті посттравматичного зростання переоцінюється сенс життя, покращуються стосунки з іншими людьми, людина стає більш організованою та оптимістичнішою.

Посттравматичне зростання проявляється різними шляхами: через усвідомлення цінності життя, зміцнення міжособистісних стосунків, підвищення відчуття власної сили, трансформацію життєвих пріоритетів, збагачення духовної та екзистенційної складових життя. Це не просто повернення до попереднього рівня функціонування, для деяких людей цей процес стає досвідом самовдосконалення,

оскільки відбуваються якісні зміни і трансформація особистості. У цьому контексті концепція посттравматичного зростання має суттєві відмінності із іншими теоріями відновлення після психотравми, які переважно акцентують на набутті особистісної стійкості, досягненні нових смислів, формування оптимізму і витривалості.

Важливою передумовою посттравматичного зростання є релігійність. Зазначимо, що саме у традиціях Буддизму, Індуїзму, Ісламу рекомендовано спрямувати енергію психотравми на особистісне зростання, при цьому життєві негаразди сприймаються як крок на шляху до кращого функціонування. Не менш важливим чинником, що сприяє посттравматичному зростанню є соціальна підтримка.

На відміну від психологічної пружності, стійкості, оптимізму та відчуття внутрішньої узгодженості, посттравматичне зростання відноситься до тих змін, що виходять за межі власне стійкості та витривалості й виявляться у всіх стресових ситуаціях, незалежно від їх травмуючої сили.

Поширений вислів «прийняти ситуацію, яку неможливо змінити» прихильники концепції посттравматичного зростання назвали «копінгом прийняття» на відміну від «копінгу заперечення».

**Прийняття** розглядається як вміння визнати, що отриманий результат не такий, до якого прагнула людина, але він є і його неможливо змінити. Прийняти – значить відпустити ситуацію та рухатися далі за обраним людиною напрямком. Крім прийняття дослідники виділяють такі стратегії посттравматичного зростання як позитивний рефреймінг та гумор.

**Позитивний рефреймінг** – це зміна поглядів на пережиту травматичну ситуацію аби побачити її у позитивному контексті. Замість того, аби зосереджуватись на втратах і жалкувати про не здійснене, слід зосередитися на своїх досягненнях, знайти позитивні сторони події чи її наслідків. Фундатор когнітивної терапії А.Бек, працюючи з людьми, хворими на депресію, помітив, що якщо вони усвідомлюють свої негативні думки та можуть трансформувати їх у позитивний контекст – вони одужують. Цей процес отримав назву когнітивного переструктурування. Слід зазначити, що когнітивне переструктурування – це терапевтична техніка зміни негативних когніцій на позитивні, вона не тотожна когнітивному рефреймінгу, який може бути як позитивним, так і негативним, а є його важливою та необхідною складовою. **Гумор** – не завжди легко знайти комічне у травматичній ситуації, але якщо це вдається зробити – ситуацію відпустити набагато простіше. Дослідники називають гумор основним чинником задоволеності життям. Він фасилітує копінг-стратегії, сприяє встановленню гармонійних міжособистісних стосунків, допомагає людині дистанціюватися від психотравмуючої події.

## ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ РІЗНОЇ СТАТІ

Чоловіки і жінки відрізняються не лише зовні, у них по-різному протікає одна та сама хвороба. Жінки зовні ніби більш схильні до страху, жалості до себе, в більшій мірі коливаються між безнадійністю і оптимізмом. Чоловіки, на перший погляд, здавалося б, відносяться до своєї хвороби більш помірковано. Однак, треба підкреслити, що зовнішні прояви і особливо словесні вирази не завжди відповідають внутрішнім переживанням. Часто чоловіки значно важче переносять хворобу, ніж жінки. Зокрема жінки терплячіші до больових відчуттів, ніж чоловіки, легше сприймають тривалу обмеженість рухів і знерухомлення.

З точки зору відомого дослідника психології статі І.Кона, специфіка впливу статі на характер полягає в тому, що жінки переважають чоловіків у вербальних здібностях, а чоловіки відзначаються більшою агресивністю, математичними здібностями та здатністю орієнтуватися у просторі. Нейрофізіологи стверджують, що зв'язки між великими півкулями головного мозку жінок більш численні, ніж у чоловіків. Тому у жінок синтез інформації відбувається в обох півкулях. Цей факт може пояснити й витoki відомої жіночої інтуїції, коли



жінка, розглядаючи другорядні факти, раптово робить безпомилкові висновки. Крім того, більш високі показники розвитку у жінок лінгвістичних здібностей та їх схильність до діяльності, що вимагає точної координації рухів пов'язані очевидно із відносно активнішою лівою півкулею головного мозку. Навпаки, творчі та мистецькі здібності та здатність точно орієнтуватися у просторі, що притаманні більше чоловікам, зумовлені кращим розвитком правої півкулі мозку.

Жінки легко пристосовуються на індивідуальному рівні до вимог зовнішнього світу, але водночас, в наслідуванні загальноприйнятим вимогам, вони більшою мірою, ніж чоловіки, схильні орієнтуватися на групові норми поведінки («робити так як усі люди роблять»). Чоловіки більш різноманітні у своїх проявах взаємодії зі світом, при значно меншій здатності до виживання у складних умовах. Така специфіка впливу статі на психіку зумовлена еволюцією. А саме, чоловіки пристосовуються до нових ситуацій за рахунок більш різнопланових форм поведінки, а жінки, будучи психічно стабільнішими, що зумовлено їхніми функціями продовження роду, закріплюють ці нові психічні особливості у своїх дітях. Таким чином, дані психологічних досліджень вступають у повне протиріччя із так званою логікою здорового глузду, коли жінок, завдяки їх підвищеній емоційності, суспільство традиційно оцінює як схильних до психологічної нестабільності.

За даними науковців, найпоширенішими хворобами в світі натеper є: гіпертонія, гепатит А і В, цукровий діабет, виразка шлунку та 12-палої кишки, а також карієс. Ми проаналізували особливості переживання цих хвороб пацієнтами різної статі.

*Гіпертонія.* Психологічним чинникам гіпертонії у жінок приділяється значно менше уваги, ніж у чоловіків, оскільки в останні 30-40 років інфаркти та інсульты розглядають переважно як «чоловічі хвороби». Натомість є низка факторів, які

зумовлюють розвиток гіпертонічної хвороби не лише у клімактеричному періоді, а у молодих жінок. Основним з них є хронічний стрес. Відповідно до теорії психогенезу гіпертонічної хвороби, основними патогенетичними факторами її розвитку є переживання емоцій негативного характеру. При цьому важлива не стільки наявність будь-яких екстраординарних, екстремальних ситуацій, скільки постійна, повсякденна афективна напруженість, занепокоєння і тривога. Наприклад, відсутність відчуття безпеки, прихований гнів і придушення агресивних імпульсів, спрямованих проти певних осіб, боротьба за отримання визнання та кар'єрний ріст; підвищене почуття відповідальності, хронічна нестача часу і необхідність безперервного контролю над зовнішніми проявами своїх почуттів. Дуже важливо враховувати гендерні особливості при діагностиці інфарктів: якщо чоловіки зазвичай відчувають класичний симптом інфаркту – болі в грудині, то у жінок серцевий напад може мати інакший перебіг: болі іррадіюють в спину, під лопатку, чи у щелепу. Іноді при інфаркті хвора взагалі не відчуває біль, але у неї псується настрій і з'являється страх смерті. Саме тому лікарі нерідко ставлять жінкам, які перебувають у передінфарктному або інфарктному стані, помилковий діагноз: «панічний страх» та відмовляють у госпіталізації.

*Гепатит.* Симптоми захворювання у дорослих ідентичні. Однак у деяких жінок спостерігаються маткові кровотечі і збільшення тривалості менструацій. Причина виникнення такої проблеми лежить у зміні секреції жіночих статевих гормонів. У чоловіків хвороба супроводжується більш яскраво вираженими симптомами. Крім того, нерідко вони стикаються з такою ознакою гепатиту, як гінекомастія (збільшення розміру молочних залоз). Жінкам найскладніше сприйняти основний видимий симптом хвороби – пожовтіння шкіри, чоловіки ставляться до нього більш спокійно, їх значно більше турбують больові відчуття та необхідність госпіталізації.

*Цукровий діабет.* Цукровий діабет у жінок має особливості порівняно із його перебігом у чоловіків, вони незначні, але тим не менш, впливають на діагностику і лікування. Єдиний специфічний жіночий симптом – це вагінальні інфекції (молочниця). Цукровий діабет створює сприятливі умови для розмноження грибків в організмі, патогенні грибки викликають вагінальний свербіж і виділення. На показники цукру в крові впливають стадії менструального циклу, менопауза і найбільше вагітність. У 2007 році European Heart Journal опублікував результати великого довгострокового дослідження впливу цукрового діабету на чоловіків і жінок. На жаль, виявилось, що жінкам діабет шкодить сильніше, ніж чоловікам. Це захворювання скорочує тривалість життя чоловіків в середньому на 7,5 років, а жінок - на 8,2 років. Для чоловіків цукровий діабет підвищує ризик серцево-судинних захворювань в 2-3 рази, а для жінок - в 6 разів. Також у жінок вище ризик, що інфаркт призведе до смертельного результату.

*Виразка шлунку.* Зовсім нещодавно виразка шлунку виникала частіше у чоловіків, ніж у жінок, однак сьогодні ці показники зрівнялися, за рахунок способу життя і умов праці. Поширені причини виразкової хвороби шлунку у жінок – це нерегулярне харчування і нервові перенапруження, які стимулюють виділення великої кількості соляної кислоти у травному тракті. При перших симптомах виразки шлунку та 12-палої кишки необхідно починати лікування із суворої дієти,



але тут починає діяти давно усталений стереотип, що їжа є сили, а чоловік, здатний багато з'їсти, є сильним та здоровим. Відповідно, необхідність дотримання дієти чоловіками сприймається значно важче, ніж жінками, для яких більшу роль грає стереотип «справжня леді повинна їсти як пташка».

*Карієс.* Карієс частіше зустрічається у жінок, натомість чоловіки більше звертаються до стоматологами з пульпітом, гіпертрофією слинних залоз і зниженням їх функцій, атрофією сосочків язика. Карієс у жінок зумовлений меншим слиновиділенням і діяльністю гормону естрогену. Негативний вплив естрогену на жіночі зуби відомий вченим ще з середини 50-х років ХХ століття. Крім того, на стан здоров'я ротової порожнини і карієс впливає й зловживання дієтами, більше властиве жінкам, ніж чоловікам.

Жінки порівняно із чоловіками більше схильні до головного болю, вони частіше скаржаться на біль в суглобах, в області живота, у скронях та у нижній ділянці спини. Жінки також демонструють більшу настороженість щодо болю і велику готовність скаржитися на неї, водночас як чоловіки роблять це неохоче, побоюючись звинувачень у слабкості. Спостереженнями дитячих психологами доведено, що хлопчики 4 і 8 років більшою мірою, ніж дівчатка, демонструють, що не бояться отримати травми і не надають значення болю, задля того, щоб відповідати гендерному стереотипу «мужності». У дослідженні М. Von Korff і співавт. суб'єктивні переживання больових відчуттів у молодості достовірно сильніші у жінок, ніж у чоловіків, але з віком нетерплячість до болю у чоловіків поступово зростає і до 45-64 років перевищує таку у жінок. Після 65 років цей показник у представників різної статі зрівнюється.

За результатами психологічних експериментів найбільш цінними для людей виявилися нога, око і рука. При цьому психічно хворі люди оцінювали тіло менш значущим ніж ті, які не мали психічних хвороб. Для жінок тіло цінніше, ніж для чоловіків.

Інші дослідження показали, що близько 1000 чоловіків і 1000 жінок повинні були ранжувати відповідно до їх значимості 12 частин тіла. Чоловіки оцінили як найбільш важливі статевий член, яєчка і язик. Оцінка не залежала від віку, тільки у людей літнього віку оцінка статевих органів знижувалася. А у жінок оцінки виявилися менш визначеними. Лише у тих, чий вік сягнув 70-річний рубіж, цінність язика виявлялася на першому місці. Крім того, в процесі досліджень, було відзначено, що цінність окремих тілесних якостей може змінюватися під впливом суспільних процесів. Наприклад, у японських жінок під час другої світової війни в образі тіла повністю знецінилися груди, при цьому ідеальною вважалася плоска грудна клітка, ймовірно, тому, що жінки носили чоловічу військову форму, а після закінчення другої світової війни під впливом західної культури образ тіла зовсім змінився, так, в 50-х рр. японські жінки прагнули мати груди відповідно до так званих голлівудських стандартів.

Зупинемось детальніше на психології жінок і чоловіків, але аналізувати будемо не просто всім відомі відмінності між представниками різної статі, а жіночі та чоловічі архетипи, саме їх розуміння допоможе медичному працівникові знайти спільну мову з пацієнтами різної статі.

**Архетип** – в аналітичній психології К.-Г. Юнга, універсальні моделі несвідомої психічної активності, які спонтанно визначають мислення і поведінку людини.

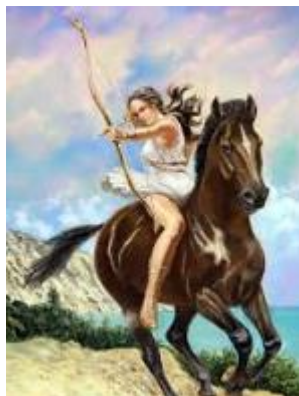
Американський психіатр і психолог, послідовниця К.-Г. Юнга Джин Шиноді Болен описала жіночі архетипи простою і зрозумілою мовою, давши кожному з них ім'я відповідної по психотипу богині з пантеону давньогрецьких богів. Свою теорію Дж. Ш. Болен виклала в книзі «Богині в кожній жінці», що вийшла у 1984 році. У 1989 році Дж.Ш. Болен написала другу книжку, присвячену архетипам чоловіків – «Бог у кожному чоловікові».

**Жіночі архетипи:** Афродіта, Артеміда, Афіна, Геста, Гера, Деметра, Геба, Тихе, Персефона, Немезіда, Геката.

**Афродіта** (Венера) – архетип жіночності та чуттєвості. Основна риса жінки-афродіти – це її несвідома привабливість для чоловіків. Вона випромінює тепло, і чарівність, навіть якщо не має яскравої зовнішності. Афродіта живе за принципом «тут і зараз», вона часто безтурботна, товариська, цікава різноманітністю ідей та яскравих емоцій, у коханні, дружбі та в роботі вона віддається на 100%. Така жінка приваблива для чоловіків, натомість інші жінки часто вважають її суперницею, і не без підстав. Афродіта може, вийшовши заміж, мати безліч нетривалих сексуальних зв'язків і не вважати їх зрадою. Також Афродіта не переймається через зради чоловіка, їй подобаються вільні стосунки. Якщо ж в особистості в достатній мірі присутні інші архетипи, то енергія Афродіти може бути спрямована на досягнення в кар'єрі, творчі успіхи і гармонійне спілкування з родиною. Будучи пацієнткою, Афродіта привертає увагу лікаря своєю привабливістю, а найстрашнішими хворобами для неї є ті, що позначаються на зовнішності. Найчастіше такі жінки відвідують косметологів і стоматологів, тестуючи різноманітні новітні засоби, які покращують їх зовнішній вигляд.



**Артеміда** (Селена, Діана) – архетип сили духу. Артеміда цілеспрямована, завжди знає, чого хоче і прагне якнайшвидше досягти бажаного. Ця жінка відчуває свою внутрішню цілісність і незалежність від думки інших осіб. Вона може обрати чоловічу професію і досягти в ній високих результатів. Жінка-артеміда завжди у пошуку чогось нового, головне для неї – постійне відчуття свободи: Артеміда не терпить кордонів і заради своєї свободи може багато подорожувати; займатися



спортом, щоб реалізувати вроджене почуття суперництва; вона не любить компромісів і часто наполегливо відстоює свою думку. Також Артеміді властиво загострене почуття справедливості і принциповості, вона часто дотримується своїх принципів навіть на шкоду власним почуттям. Жінки, у яких сильний архетип Артеміді, знають, чого вони хочуть від життя і на шляху до мети вони розраховують тільки на себе. Артеміда внутрішньо вільна, але настільки ж і самотня. Вона віддає перевагу партнерству, а не емоційній близькості, часто їй не вистачає чуттєвості та легкості у стосунках. Чоловік для неї –

друг і соратник, у них, як правило, загальні інтереси і погляди на життя. Артеміді

цікаві інтелектуально розвинені чоловіки творчого складу із різнобічними талантами. У неї можуть успішно складатися стосунки з чоловіком старшого віку, який зможе навчити її не тільки діловим підходам, але також і новим емоціям та більш чуттєвим відносинам. Будучи пацієнткою Артеміда найгірше переносить знерухомлення, вона не відрізняється особливо ретельним ставленням до здоров'я, однак підтримує його на тому рівні, щоб лишатися фізично активною та продовжувати виконувати професійну діяльність.

**Афіна** (Мінерва) – архетип раціональності. Жінки з архетипом Афіни не піддаються емоціям і здатні спокійно, раціонально і практично вирішувати конфлікти. Таким жінкам подобається атмосфера зосередженого і напруженого досягнення мети, при цьому мета завжди конкретна, реальна і має для неї важливе значення. Афіні подобається співпрацювати з чоловіками, її цікавить їх конкретний і логічний розум. Вона не розуміє емоційних сплесків жінок інших, більш чуттєвих архетипів. Жінка-Афіна має різноманітні інтереси, вона любить, коли все чітко і зрозуміло, тому схильна до ретельного аналізу своїх життєвих подій, та в силу постійного приховування своїх емоцій, створюється враження, що вона ніби спостерігає за ситуацією зі сторони, залишаючись при цьому байдужою. Їй цікаві сильні чоловіки, які багато чого досягли у житті. Завдяки розвиненій інтуїції Афіна відчуває силу переможця та обирає потенційно успішного чоловіка, направляючи його енергію у потрібне русло, мрійники Афіні не цікаві. Будучи пацієнткою, Афіна прагне зрозуміти причини та наслідки своєї хвороби, ретельно читає інструкції до лікарських засобів, цікавиться новітніми методиками лікування, часто ставить медичним працівникам логічні питання, але ніколи не виражає занепокоєння щодо хвороби.



**Геста** (Веста) – архетип самодостатності. Жінка-геста – це «річ у собі», символ інтовертованої самодостатності, вона емоційно закрита від повсякденного світу, має розвинену емпатію, вміє відчувати людей, розуміти мотиви їх поведінки. Їй комфортно в повній самоті або у вузькому колі знайомих, де вона створює навколо себе ореол спокою. Це спокійна жінка, що занурена в свої переживання і сама ж є їх ініціатором. Така жінка, як правило, сама не будує відносин з чоловіками, зазвичай її спокій притягує чоловіка-екстраверта, який і бере ініціативу в свої руки. Для Гести важливий будинок і затишок, ця жінка – класична домогосподарка, їй подобається створювати



комфорт для себе та близьких людей, водночас її влаштовують стосунки із чітко розподіленими обов'язками, коли живучи разом, кожен має власний простір і не втручається у справи один одного. Будучи пацієнткою, Геста уникає відвідування поліклінік, користуючись послугами приватних лікарів, до того ж лікарю достатньо складно отримати у Гести довіру, вона базується лише на суб'єктивних відчуттях, не довіряючи думкам оточуючих.

**Гера (Юнона)** – архетип залежності від статусу дружини. Гера живе заміжжям – це все, що їй потрібно, вона більше нікого не пускає в своє життя, навіть діти лишаються для неї на другому плані. Вона тримається на відстані від оточуючих і намагається захистити від зайвого спілкування і свого обранця. Для такої жінки весь світ зосереджений в «ньому» - це і зміст, і мета її життя. Близькі стосунки з чоловіком для неї – своєрідний емоційний захист. Жінка-гера дуже чітко окреслює для себе кордони – будучи без чоловіка вона може мати знайомих або навіть подруг, але, як тільки в її житті з'являється чоловік, вона відразу змінює до них своє ставлення, і втрачає будь-який інтерес до минулого життя, повністю віддаючись шлюбу, такі жінки нерідко всюди супроводжують своїх чоловіків, цікавляться всіма їх справами, іноді навіть працюють разом з ними та ніколи не відпускають без себе на корпоративи. Від чоловіка вона чекає надійності і сили, але часто обирає лише зовні успішного чоловіка, в якому присутні незрілість, авторитарність і байдужість до почуттів інших. Як пацієнтка Гера зосереджена на збереженні жіночого здоров'я, усіма є іншими проблемами нерідко нехтує. Часто така поведінка призводить до занадто пізнього звернення до лікаря, коли час необхідний для лікування, безповоротно втрачається.



**Деметра (Церера)** – архетип турботи. Основна риса такої жінки – турбота про близьких. Будучи матір'ю, вона вважає дітей своїм продовженням та цілковито розчиняється у них; якщо ж вона працює, то як правило, в організаціях, пов'язаних із допомогою людям. Будуючи стосунки з людьми, Деметра стає їм матір'ю, і прагне підтримати кожного, вона альтруїстична, віддана людям, не прагне до статусу у



суспільстві або незалежності, найважливіше для неї – це створення дружньої родини і близьких емоційних стосунків. Для жінки-деметри не властива заздрість до чужих успіхів: єдине, в чому вона може заздрити іншим жінкам – це їхній близькості із дітьми. Часто, аби реалізувати свою потребу в турботі, така жінка народжує другу або третю дитину після 40 років. Чоловіків Деметра не вибирає, рідко закохується і ставиться до них, як до хлопчиків, які потребують її допомоги, таким чином стаючи для них не дружиною, а матір'ю. Часто це чоловік творчого складу, який відчуває себе незрозумілим і недостатньо визнаним, що може дозволяти собі безвідповідальність і творчий безлад. У будь-якому випадку Деметра підтримує його та захищає від критики близьких і знайомих. Як пацієнтка Деметра приділяє увагу лише здоров'ю свого чоловіка та дітей, нехтуючи власним самопочуттям. Вона рідко звертається до лікарів з приводу власних хвороб, аргументуючи тим, що поки лікується, нікому буде доглядати за родиною.

**Персефона (Прозерпіна)** – архетип пасивності. Це нерішуча вічна дівчина, яка лише спостерігає за



тим, як хтось або щось впливає на її життя, у неї немає власних цілей, думок і навіть певних бажань, вона живе думками оточуючих, не розвиваючи власні почуття. Такі якості нерідко формуються у сімейних відносинах, коли один із батьків опікується донькою настільки, що вони зливаються у симбіоз, де почуття одного невіддільні від іншого. Жінка-персефона завжди залишається юною і вимагає турботи, у будь-якому віці вона виглядає набагато молодше свого віку, із легкістю підлаштовується під вимоги навколишнього середовища і стає такою, якою її хочуть бачити. Цікаво що при цьому сама Персефона не відчуває дискомфорту або будь-яких почуттів. Персефона не вміє приймати рішення та говорити «ні». З чоловіками це жінка-дитина, пасивна, наївна та сором'язлива. Персефона приваблює чоловіків трьох типів: Перший тип - такі ж емоційно незрілі. Часто ця перше підліткове кохання, пара, яка вчиться відчувати один одного. Як правило, в таких відносинах Персефона залишається незрілою і залежною від сім'ї. Другий тип - більш діловий, суворий і владний чоловік, якого приваблює її жіночність і крихкість, протилежна його якостям. Персефона закохується в його силу, владність і індивідуальність, яких їй так не вистачає. Третій тип - це чоловіки, яким із різних причин складно і незатишно з «дорослими» жінками. З молодістю і наївною Персефоною їм легше здаватися більш сильними і досвідченими. Для такої жінки – це дбайливий «батько», який направляє, балує, не вимагає від неї зростання і розвитку. У будь-якому випадку без роботи над собою така жінка ризикує залишитися вічним підлітком. Будучи пацієнткою, Персефона ніколи не звертається до лікарів самостійно, вона звикла, щоб її приводили або батьки, або чоловік. Під дверима лікаря завжди на Персефону чекає група підтримки, нерідко у складі всієї родини, саме родичі вирішують усі питання лікування, абсолютно не враховуючи думки самої пацієнтки, яка від цього не відчуває жодного дискомфорту.

**Геба (Ювента)** – архетип вічної юності. Жінка з архетипом Геби в будь-якому віці буде поводитися по-дівочому безтурботно, і здаватися молодшою багатьох своїх ровесниць. Ювента безтурботна у всьому, крім себе, така жінка може забути



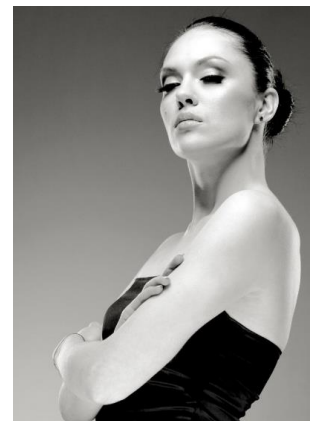
про повсякденні обов'язки, готуючись до свята, при цьому вона не намагається сподобатися іншим, а робить лише те, що приносить їй задоволення. Такі жінки завжди виглядають молодо і часто просто не відчувають своїх років, через це може виникати розбіжність іміджу та поведінки з реальним віком. Найстрашніше для Геби – раптове відчуття старіння, в яке вона намагається не вірити. Омолодження, численні пластичні операції робляться такими жінками аби якнайдовше зберегти видимість своєї молодості, їм необхідна постійна увага і визнання краси. Інша складність цього архетипу полягає в тому, що Геба не хоче відповідати за своє життя і прагне знайти

чоловіка, який подбає про неї. Геба відчуває себе занадто юною, щоб захищати свою думку до того ж вона часто просто не знає, чого хоче. Будучи пацієнтками, жінки в зрілому віці приходять на прийом одягнені як молоді дівчата, фліртують з лікарями, але категорично відмовляються визнавати у себе наявність хвороб, характерних їх паспортному віку. Найбільше їх турбують проблеми із зовнішністю, а тому серед Геб багато пацієнток пластичних хірургів.

**Тихе** (Фортуна) – архетип імпульсивності. Такі жінки дуже люблять спостерігати за життям друзів і знайомих, радити їм як слід діяти. Часто Тихе формує і направляє життя членів своєї сім'ї, але часто не вміє планувати майбутнє оскільки керується своїми безпосередніми бажаннями. Стосунки Тихе будує за принципом «подобається - не подобається» не маючи для цього досить вагомих підстав. Бурхлива емоційність в таких випадках виражається або у повному прийнятті друзів, незважаючи на їх недоліки або в постійній боротьбі з уявними ворогами попри їхні переваги. Тихе гарний маніпулятор, може когось залучити до свого кола спілкування, але якщо із певних причин людина стає їй неприємною, вона майстерно робить так, щоб самі обставини і ставлення оточуючих не дозволили колишньому другу не лише входити до кола спілкування Тихе, а й до більш широкого мікросоціуму, наприклад, працювати за певною спеціальністю. При цьому всі ці логічні дії та маніпуляції зазвичай провокуються потужним емоційним імпульсом – через один невірний крок подруги, випадкове слово або вчинок. Втім через порівняно короткий проміжок часу дружба відновлюється так само раптово, як і припинилася. Тихе може часто, яскраво і чуттєво закохуватися в різних за статусом і зовнішністю чоловіків, з якими їй повинно бути цікаво. Якщо Тихе закохується, вона намагається допомогти об'єкту симпатії, але з часом починає ним маніпулювати, беручи участь у всіх його починаннях, направляючи його в роботі або просто працюючи поруч, даючи поради. Така жінка напевно захоче знати все про свого чоловіка, що з ним відбувається і що він відчуває. Як пацієнтка Тихе намагається дізнатися якнайбільше про свого лікаря, у тому числі про його особисте життя, дослухається до всіх його слів, але не з метою турботи про власне здоров'я, а задля маніпуляції лікарем, раптових образ на нього, обговорень з подругами та на форумах. Зазвичай такі пацієнтки обирають ліки смачні на смак, байдуже, що без реального ефекту, більшу увагу приділяють зовнішньому вигляду клініки, ніж компетентності медичного персоналу.



**Немезіда** – архетип принципності. Жінка-немезіда схильна до сумнівів і водночас дуже войовнича, принципова, іноді може бути дуже жорстокою. Вона прагне орієнтуватися у своїх вчинках і почуттях на власноруч придумані норми, шукаючи єдине правильне рішення. Немезіді складно взаємодіяти з оточуючими, яких вона не розуміє, а ті, у свою чергу, не розуміють її. Відсутність гнучкості унеможливорює зміну поведінки відповідно до вимог суспільства. Немезіда стверджує, що її власне життя досконале. Така жінка часто відчуває себе ображеною і обдуреною. Будь-яку неуважність або емоційну гнучкість іншої людини вона сприймає як безвідповідальність і легковажність. Ці жінки тривожні, тому що постійно чекають обману, і часто їх очікування виправдовуються. Чоловіків Немезіда сприймає або як святих, або як лицемірів. Вона боїться прислухатися до своїх почуттів, через страх втратити контроль, прагне



вибрати кращого з кращих за допомогою розуму і тому, як правило, знаходить більше недоліків, ніж переваг. У таких жінок можуть з'являтися кумири серед відомих людей, але в душі вони бояться в ньому розчаруватися. У ролі кумира також може виступати начальник або інша людина, яка буде на достатній відстані, щоб її недоліки не були помічені. Чим ближче Немезіда до людей, тим більше вона в них розчаровується. Це достатньо складна пацієнтка, яка лікується лише у відомих лікарів, їй більше важливий статус, наукові звання, ніж наявність регулярної практики. Часто через це лікування не призводить до успіху і Немезіда розчаровуючись, знову шукає собі лікаря-кумира.

**Геката** – архетип містицизму. Жінки з даними архетипом схильні шукати містичне пояснення всьому, що з ними відбувається, звинувачуючи у невдачах вплив інших людей (порчу), а успіх сприймати як знак долі, посмішку фортуни.

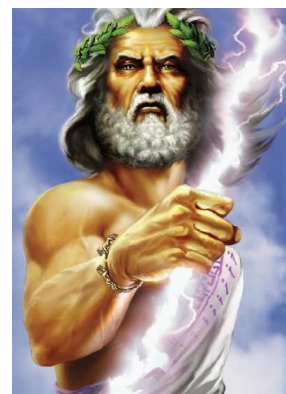
Жінка-Геката часто займається окультними практиками, ходить до магів і ворожок. Маючи сильну інтуїцію, вона не може нею вміло користуватися. Геката може займатися екстремальними видами спорту або містичними обрядами, їй цікаво все незвичайне і незрозуміле, як мінімум, вона захоплюється астрологією і гороскопами, а якщо ж архетип Гекати досить



сильний, така жінка буде практикувати окультизм. Світ Гекати – це світ природних сил, тому жінка буде комфортно себе почувати, багато подорожуючи і постійно змінюючись. Вона може мати друзів, але при цьому ніколи не забуває про свої інтереси, з тим же успіхом жінка-Геката, може замкнутися в собі і жити у повній самоті, не відчуваючи дискомфорту. Чоловіки сприймають її скоріше як ділового партнера, ніж жінку. Геката прагне керувати чоловіком, часто вона інтуїтивно знає, чого від неї чекає чоловік, і це робить її хорошим дипломатом. Гекату більше цікавлять її надприродні здібності, її захоплення окультизмом, ніж любов. До лікарів жінка-геката звертається рідко, нерідко коли вже запізно, лікуючись народними методами та окультними обрядами. Власне хворобу вона сприймає як порчу та схильна шукати тих, хто «поробив» у своєму оточенні.

*Чоловічі архетипи:* Зевс, Посейдон, Гадес, Аполлон, Гермес, Арес, Гефест,

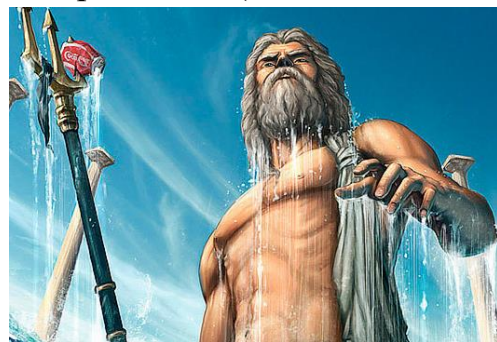
**Зевс** (Юпітер) – архетип влади. Це людина впевнена в собі, як правило, користується авторитетом і добре керує людьми. Такі чоловіки прагнуть облаштувати свій простір (по суті створити власне царство), яке уособлює сім'я, як система, Діти, як його продовження і кар'єра, як символ його визнання в суспільстві. Архетип Зевса це образ патріархального чоловіка; він обирає дружину, яка буде слідкувати за будинком і виховувати дітей, він



насолоджується роллю голови сім'ї та не втручається ні у ведення домашнього господарства, ні у виховання дітей. Зевса приваблюють жінки, які ним захоплюються і повністю визнають його авторитет. Такі чоловіки завжди прагнуть до влади, тому займають або керівні посади, або відкривають свою справу. Вони схильні до суперництва, водночас практично не мають ворогів, оскільки вміють

гарно планувати свою діяльність та дипломатично будувати стосунки з іншими людьми. Для лікарів Зевс є достатньо простим пацієнтом, який виконує медичні призначення, не порушує режиму перебування у стаціонарі, уважно ставить до свого здоров'я. Єдиною вимогою для медичних працівників є прояв поваги до особистості Зевса, дотримання принципів конфіденційності та професійності у спілкуванні.

**Посейдон (Нептун)** – архетип емоційності. Цей архетип уособлює емоції, які часто придушуються чоловіками в силу суспільних стереотипів («Емоційність – жіноча риса»). Такі чоловіки характеризуються яскравим проявом емоцій, будь то радість, сум чи гнів. Так само як і Зевс, Посейдон прагне бути лідером, але надмірна емоційність, брак стратегічного мислення, часто стають цьому на заваді. Він часто невпевнений в собі, сповнений сумнівів і тривог. Посейдона постійно приваблює новизна, захопившись однією ідеєю, він швидко переключає увагу на іншу, а тому рідко досягає довгострокових цілей. Такі чоловіки успішно реалізуються як актори та в інших творчих професіях. У взаємодії з жінками переважають патріархальні інстинкти, Посейдон прагне домінувати над жінкою, просто тому що він чоловік, його приваблюють спокійні, м'які і терплячі жінки, здатні прийняти його емоційність. Як пацієнт Посейдон дуже емоційно реагує на погіршення свого самопочуття, а звістка про серйозну хворобу може призвести до тривалої депресії. Часто такі чоловіки ретельно стежать за своїм здоров'ям, шукають у себе симптоми різноманітних захворювань, часто їх перебільшуючи, прагнуть привернути до себе увагу лікаря та викликати співчуття у своїх близьких.



**Гадес (Аїд)** – архетип інтровертованості. Чоловік, у якого виражений цей архетип, як правило, занурений у себе, але не просто в свої переживання, а у свій особливий світ, тому часто складається враження, що він «не від світу цього». Гадес не прагне до влади, а інші чоловіки, зазвичай не бачать у ньому сильного суперника.



Він схильний до монотонного життя, інтроверт по натурі рідко звертає увагу на свій зовнішній вигляд і, як правило, його не хвилює думка оточуючих. Головна проблема такого чоловіка це бути прийнятим суспільством, а не стати вигнанцем. Попри це Гадес має сильно розвинену інтуїцію й нерідко володіє даром передбачувати події. Взаємини з жінками так само будуються на основі інтровертованого погляду на життя. Такому чоловікові складно сформулювати стосунки: він не створює свій імідж і не шукає партнерок, його відносини будуються на основі відчуттів, так званого «діалогу душ». При цьому найменш значущі події залишають в його душі глибокий слід на довгий час, особливо це стосується розчарувань у жінках, тому Гадес намагається обмежити коло свого спілкування, і особливо з жінками. Як пацієнт Гадес непростий, він приховує свої емоції стосовно хвороби, дуже складно зрозуміти, що насправді він відчуває, чи дійсно байдуже ставиться до свого здоров'я, чи лише



робить вигляд, що не переймається ним. Нерідко важка хвороба для такого чоловіка зумовлює зловживання алкоголем чи наркотиками, а у деяких випадках призводить й до самогубства.

**Аполлон** (Адоніс) – архетип комунікабельності. Це зовні гармонійна і приємна у спілкуванні людина, яка любить точність і порядок, об'єктивно оцінює ситуацію і рідко базується на суб'єктивних враженнях. Як правило, такі чоловіки успішні в кар'єрі і в цілому затребувані у суспільстві, вони ставлять перед собою реальні цілі і знають, як їх досягти. Часто Аполлону не вистачає амбіцій, він просто живе комфортно для себе, нерідко дистанціюючись не лише від чужих емоцій і почуттів, а навіть від своїх власних. Зазвичай такого чоловіка приваблюють сильні і незалежні жінки, в яких він бачить більше ділового партнера, ніж пристрасть, хоча і підсвідомо прагне їх контролювати. Аполлон не відчуває глибоких емоцій тому у стосунках з жінкою присутній елемент суперництва, а спільність інтересів або професії відіграє вирішальну роль при «вирішенні закохатися». Аполлон природжений дипломат, він, як правило, добре працює в команді, вміє знайти компромісне рішення, а вміння ефективно спілкуватися вважає дуже важливою якістю людини, відповідно коло спілкування Аполлона достатньо широке. Як пацієнт Аполлон найбільше переймається питаннями чоловічого здоров'я та своєї зовнішності, прислухається до порад лікарів, дотримується рекомендованого режиму, але у виборі місця лікування та лікарів покладається більше на рекомендації друзів і знайомих, а не на власний досвід. Із медичним персоналом легко знаходить спільну мову, неконфліктний та неагресивний.



**Гермес** (Меркурій) – архетип легковажності. Чоловік-Гермес доброзичливий, товариський, активний, талановитий, позитивний, легкий на підйом. У нього живий, гострий розум, він сповнений ентузіазму і ідей, володіє даром ораторського мистецтва. Це яскраво виражений екстраверт, не може бути на самоті, у нього дуже багато знайомих, яких він вміло надихає, підтримує словом, але також вміє обманювати та лестити. Гермес не готовий чекати і боротися за ідею, для нього краще все змінити або кинути, щоб почати нову справу, тому нерідко стає вічним мандрівником. Для жінок чоловіки, у яких переважає архетип Гермеса, становлять небезпеку і приховану загрозу бути обдуреною. Однак Гермес настільки харизматичний, привабливий і чарівний, що не закохатися в нього дуже складно. Жінок приваблює його легкість, почуття гумору, вміння говорити компліменти. Відносини з довірливою жінкою Гермес вибудовує дуже швидко, але його почуття непостійні і поверхневі. Підкоривши одну дівчину, він швидко переключається на іншу, не піклуючись про почуття першої. Одружується неодноразово і завжди зраджує своїм дружинам. Як пацієнт Гермес легковажно ставиться до свого здоров'я, а лікування навіть складних хвороб вважає не більш як

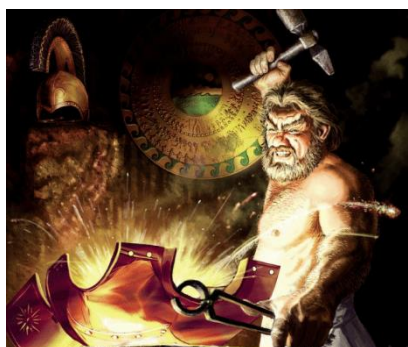


забавкою, часто припиняє дотримуватися медичних рекомендації, порушує режим перебування у стаціонарі, нерідко зловживає наркотиками та алкоголем.

**Арес (Марс)**– архетип войовничості. Вже з дитинства хлопчик Арес активний і любить фізичні рухи, у нього хороший апетит і гучний голос, він безстрашно досліджує навколишній світ, а тому його постійними супутниками є зеленка та пластир. Батькам дуже важливо зрозуміти, що самооцінка та впевненість у собі Ареса залежить від оточуючих: від їхнього терпіння і здатності зрозуміти та прийняти його таким, яким він. Однак за умов жорстокого поводження, така дитина виростає жорстокою та агресивною. Надмірну енергію Ареса доцільно спрямовувати на заняття спортом, особливо ті його види, що вимагають силової вправності та почуття суперництва. Його вроджені якості імпульсивність, агресивність, фізична активність, емоційність і сексуальність проявляються дуже яскраво ще з юності та часто сприяють успішності Ареса у різних видах діяльності, але насамперед у спорті і у військовій справі. Арес галантний і ввічливий із жінками, віддає перевагу фізичному виразу своєї симпатії. Йому подобаються такі емоційні та відкриті жінки як і він сам. Для Ареса сім'я – це опора в житті. Він не прагне до одруження, але і не уникає його. Такий чоловік може бути турботливим батьком, але коли діти підروстуть – виникають численні конфлікти, через появу у них власних інтересів. Арес із задоволенням турбується не лише про своїх дітей, а й наприклад, сусідських, які залишилися без батька. Як пацієнт Арес досить сумлінний і неконфліктний, але через свою агресивність та імпульсивність нерідко відвідує травматологію та щелепно-лицьову хірургію, почасти у таких чоловіків виявляються венеричні хвороби і схильність до зловживання алкоголем.

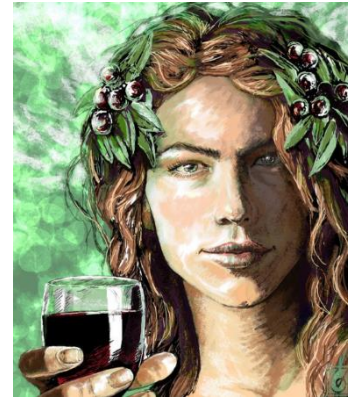


**Гефест (Вулкан)** – архетип працелюбності. Чоловік архетипу Гефест дуже інтровертована та тривожна особистість. Така людина живе у владі глибоких емоцій, але не вміє висловлювати свої почуття вербально. Єдиний спосіб спілкування з навколишнім світом для Гефеста – мова мистецтва або ремесло, за допомогою якого він висловлює свої почуття, його часто називають «людина із золотими руками». Це скульптори, стоматологи-протезисти, ювеліри, сантехніки. Вони нерідко настільки занурені в свою роботу, що можуть жити в офісі чи в майстерні, щоб не втрачати час на дорогу додому. Однак якщо Гефест не знаходить свого ремесла, то часто страждає на алкоголізм та депресію. Такі чоловіки за своєю природою дуже вразливі, їх приваблюють сильні та незалежні жінки, втім розвиток стосунків відбувається у них дуже повільно їх за законами гармонії тягне до сильних і незалежних жінок, які здатні зрозуміти глибину його переживань, і можуть здійснювати зв'язок між світом і реальною дійсністю. Його почуття завжди дуже глибокі, навіть не маючи реальної зв'язку з дамою серця, він може довгий час переживати момент їх скороминущої зустрічі, не прагнучи до розвитку відносин. Але, напевно, це найвідданіший своїй родині чоловік, який може зберігати вірність



своїй коханій все життя, сприймаючи її як музу і натхненницю. Будучи пацієнтом, Гефест намагається уникати спілкування з медичними працівниками, фізичне здоров'я, власне як і зовнішній вигляд його мало цікавлять. Нерідко таке ставлення до себе зумовлює розвиток хронічних хвороб, які важко піддаються лікуванню.

**Діоніс** (Бахус) – архетип інфантильності. Досить суперечливий архетип, оскільки в ньому поєднуються високі, майже містичні якості та цілком земні переживання, це нерідко стає причиною численних внутрішньоособистісних конфліктів та конфліктів із соціумом. Діоніс екстравертована та емоційна особистість. Чоловіка Діоніса легко впізнати, оскільки він завжди неспокійний, прагне все змінювати, може вести себе зухвало, бути жіночним або занадто привабливим, що викликає недовіру як у чоловіків так і у жінок. Діоніс завжди екстравагантний, його імідж це яскраві, помітні речі, які привертають до себе увагу, його поведінка легковажна. Зазвичай такий чоловік не знаходить розуміння серед інших чоловіків, вони просто не бачать в ньому рівного собі, Діоніс не може працювати в команді, вести чоловічі розмови. Все ж у нього є кілька друзів, яким він дуже вірний і довіряє їм, віддаючи перевагу спілкуванню з кожним окремо, уникаючи великих чоловічих компаній. Діоніс любить жінок і здатний на щире дружбу з ними. В силу особливостей поведінки такого чоловіка у багатьох жінок він викликає материнський інстинкт, бажання піклуватися про нього, однак жити з Діонісом дуже непросто, оскільки він орієнтований на задоволення власних потреб, йому подобається турбота про нього, але сам він не готовий про когось піклуватися. Як пацієнт Діоніс несерйозний, він часто відмовляється виконувати медичні призначення, порушує режим перебування в стаціонарі, зокрема вживаючи алкоголь, ліки повинні бути для нього смачні, а лікування – приємним, в іншому випадку Діоніс зробить все, аби уникнути процедур та буде лікуватися народними засобами чи у екстрасенсів.



Отже, нині все більшого розвитку набуває так звана гендерна медицина, до компетенції якої входять такі питання як вплив психофізіологічних відмінностей чоловіків і жінок на образ здоров'я і хвороби, гендерні відмінності в культурі хвороби і культурі лікування, гендерна диференціація в структуруванні установ охорони систем різного рівня, гендерна асиметрія у фармакологічних і медико-психологічних дослідженнях. Гендерний аспект у медицині однозначно слід враховувати та будувати медико-реабілітаційні програми з урахуванням фізіології та психології представників різної статі.

# ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНИМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ

## МЕЛАНХОЛІК

**Особливості темпераменту.** Характеризуються боязкістю, замкненістю, надмірною чутливістю, схильні перебільшувати труднощі. Понад усе меланхоліки цінують здоров'я, мораль, родинний статус. Потребують непорушних звичних стереотипів, любові, віри, роботи. Схильні до ідеалізації. Дуже романтичні. При недостатньому вихованні у меланхоліка можуть розвинути такі негативні риси, як підвищена емоційна вразливість, замкнутість, відчуженість, схильність до тяжких внутрішніх переживань за таких життєвих обставин, які на це не заслуговують.



*Меланхолік – людина мисляча, мозковий центр колективу.* Завжди цілеспрямований і відданий прихильник порядку і організованості, поціновувач краси та інтелігентності. Меланхолікам властива замкнутість. Основною рисою характеру є песимістичність. Вимагати швидкості реакції від меланхоліка — справа марна. Несподіванки застають їх зненацька, а у нестандартних ситуаціях їм вкрай незатишно.

Цей тип темпераменту відрізняється щирою турботою про оточуючих. Здебільшого, меланхоліки є спостерігачами життя, а не його учасниками. Меланхолік – ідеальний психолог. Він здатний зрозуміти будь-яку проблему, а також відрізняється умінням маніпулювати людьми. Нерідко меланхоліків називають «Сіримі кардиналами».

За Аристотелем «кожен геній це меланхолік за темпераментом». Геніальні письменники, художники і композитори, як правило, є ідеальними меланхоліками, тому що їх вроджена геніальність при відповідному заохоченні, стимулюванні і підтримці, може піднести їх на небачену висоту.

**Пацієнти-меланхоліки** реагують на хворобу замкнутістю, відчуженістю, пригніченим настроєм, безсонням, сльозами. **Тактика медичного працівника** – знизити кількість подразників, зокрема шум, не підвищувати голосу, говорити м'яко, впевнено, підтримувати і вселяти впевненість пацієнта у власних силах та ефективності лікування.

**Відомі меланхоліки:** французький філософ Рене Декарт, англійський природознавець Чарльз Дарвін, український письменник Микола Васильович Гоголь, польський композитор Фредерік Шопен, російський композитор Петро Ілліч Чайковський.

### ***Як спілкуватися з меланхоліком.***

- Завжди враховуйте емоційну нестійкість співрозмовника-меланхоліка: це не примхи чи прояв поганого характеру, а особливості нервової системи;

- Якнайчастіше хваліть, заохочуйте і підтримуйте - меланхолік потребує цього найбільше, ніж будь-хто інший. При цьому жодним чином не вигадуйте достоїнств або досягнень, яких насправді у нього немає: меланхолік миттєво розпізнає нещирість. Просто звертайте увагу на те, що він говорить і робить, тоді Ви обов'язково помітите щось таке, що дійсно заслуговує похвали;

- Будьте готові до того, що абсолютно змінити самооцінку меланхоліка, зробивши її високою, Вам не вдасться ніколи, скільки б зусиль ви не докладали. Але якщо Ви постійно будете демонструвати йому свої увагу і щирий інтерес, його впевненість в собі поступово підвищиться;

- Не докоряйте меланхоліку за постійні скарги, але й не реагуйте на них занадто гостро; меланхолік завжди знайде, на що поскаржитися і через що переживати;

- Дайте зрозуміти, що Ви – людина надійна. Інакше меланхолік дуже довго не зможе Вам довіритися.

### ***Поради меланхолікам.***

Менше ображайтеся. Якщо Ви образилися, то це не означає, що Вас хтось хотів образити. Не треба шукати подвійний сенс там, де його не немає. Якщо Вам дають на вулиці якусь листівку, то Ви вирішуєте брати її чи ні. Так і у випадку з образами: ви самі вирішуєте образитися чи ні. У кожному конкретному випадку запитуйте себе: «Для чого я зараз ображаюся? Що мені дає моя образа? Яку користь?»

Згадалася неприємність? Подумки подякуйте цій ситуації за те, що вона була у вашому житті, зробіть висновки (для чого вона сталася, чому навчила, і як не потрапляти в такі ситуації в майбутньому) і спробуйте забути.

Ведіть щоденник радісних подій. Заведіть собі зошит або блокнот, в який щовечора записуйте щось хороше, що сталося з Вами за день. Спочатку може здатися, що нічого такого не відбувалося, але це не так. Кожен день відбувається безліч хороших подій. Якщо дуже складно згадати, то почніть з найпростішого: автобус прийшов вчасно, по радіо грала гарна пісня, Вам посміхнулася гарна дівчина. Поступово таких подій буде набиратися все більше, а Ви перечитуватиме свій щоденник із задоволенням.

## **ФЛЕГМАТИК**

***Особливості темпераменту.*** Вайлуватий, зі стійкими прагненнями і більш-менш постійним настроєм, слабким зовнішнім виразом емоційних станів. Флегматик важко переключается з одного виду діяльності на інший і пристосовується до нової обстановки. У флегматика переважає спокійний настрій. Характерно те, що нові форми поведінки у флегматика виробляються повільно, але довго зберігаються Він рідко виходить з себе, не схильний до конфліктів; йому властиві спокій та витримка.



*Миролюбний флегматик* це, в першу чергу, особистість врівноважена, він не піддається спокусі впадати в крайнощі, завжди вибирає надійну «золоту середину», уникає конфліктів і упереджених рішень. Він нікого не ображає, не привертає до себе увагу, мовчки робить те, про що його просять, і не очікує за це похвали.

Флегматик ніколи нікуди не поспішає. У більшості випадків, Ви можете розраховувати на те, що миролюбний флегматик не втрачає терпіння і зберігає спокій навіть тоді, коли його навмисно намагаються вивести з себе. Охоче йде на компроміс.

Невдале виховання може сприяти формуванню у флегматика таких негативних рис, як млявість, збідненість і слабкість емоцій, схильність до виконання лише звичних дій.



Флегматик не ставить дуже високі вимоги, а тому набагато легше сприймає мінливості життя і долі. Він має багато друзів, бо завжди готовий вислухати їх. Основою керівних здібностей флегматика є його бажання привести свій корабель в гавань без шторму і бурі, а також те, що вони здатні об'єктивно і неупереджено оцінити ситуацію та людей. З подібним типом темпераменту дуже багато військових офіцерів, здатних беззаперечно і віддано виконувати накази, терпляче кар'єрно зростати, в екстремальній ситуації не втрачають холонокровність, не відрізняться оригінальністю.



**Пацієнти-флегматики** зазвичай дуже повільні та ригідні. **Тактика медичного працівника** – не пред'являти вимог до швидкого реагування, необхідно дати таким пацієнтам час на роздуми, неспішно та детально пояснювати особливості їх хвороби та плану лікування.

**Відомі флегматики:** полководець Михайло Іларіонович Кутузов і байкар Іван Андрійович Крилов.

#### **Як спілкуватися з флегматиком.**

- Не вимагайте від флегматика швидких рішень і дій – швидкість реакцій йому абсолютно недоступна. Всі зустрічі і заходи, в яких бере участь флегматик, повинні плануватися з урахуванням того, що він запізниться;
- Про всі свої плани обов'язково сповіщайте його заздалегідь: йому потрібен час не тільки для того, щоб зібратися в гості, але і для того, щоб взагалі звикнути до думки про майбутній візит. Флегматики погано переносять будь-яку раптовість;
- Проявляйте ініціативність: флегматики різко починають розмову першими;

- Вибирайте тему для бесіди. Флегматики не аматори поговорити «ні про що».
- Ніколи не намагайтеся «перевиховувати» його. Флегматик визнає тільки свій вибір і свій шлях. У кращому випадку Ви даремно витратите свій час і енергію, намагаючись переконати його, а в гіршому випадку (якщо Ваші претензії до нього досягнуть певної критичної маси) Ви спровокуєте вибух роздратування.

#### ***Поради флегматикам.***

Якщо життя ставить перед Вами труднощі, не варто від них відгороджуватися – треба все зважити і, діяти. Після того як проблема вирішена, краще знову все зважити і перевірити, чи відповідає отриманий результат Вашим очікуванням.

У мовленні часто вживати емоційні вирази: «як прекрасно», «чудовий день». Пам'ятайте почуття приходять зі словами.

## **САНГВІНІК**

***Особливості темпераменту.*** Самооцінка підвищена, проте нестійка, може змінюватися під впливом зовнішніх факторів. Любить ділитися своїми успіхами.

Сангвініки відрізняються високою працездатністю і дисциплінованістю. З них виходять відповідальні співробітники та керівники. У роботу включаються легко швидко і енергійно. Переключитися на нову справу для них не складає труднощів. До того ж люди цього темпераменту досить довго можуть працювати не втомлюючись. Але їм важко дається виконання монотонної роботи, тому необхідна постійна зміна видів діяльності.



***Найбільш товариський тип темпераменту.*** Люблять спілкування заради спілкування, їм подобається бути в центрі уваги. Хороші співрозмовники. З легкістю вступають в контакт з незнайомцями. Намагаються всіх веселити і розважати.

Запам'ятовування імен, дат, місць і фактів аж ніяк не є сильною стороною сангвініків, але барвисті подробиці подій життя вони здатні легко запам'ятати.

Сангвінік при зустрічі з друзями обіймає, погладжує і цілує їх. Такого роду контакт він вважає настільки природним, що навіть не замислюється над тим, що меланхолік готовий сховатися в кут від його розпростертих обіймів. Сангвінік шукає тілесний контакт не тільки через надмірні емоції, але, найчастіше, і тому, що таким чином він може привернути до себе увагу. Ніщо не зачепить його більше, ніж те, що співрозмовник втратив інтерес, перш ніж його розповідь досягла кульмінації.

Сангвінік ніколи не приховує своїх почуттів, він оптиміст і швидко надихається чим завгодно. Його можна залучити до будь-якого виду діяльності, він

завжди готовий йти разом з Вами. Постійно активний, підстрибує, жестикулює. Він як радіоприймач, ручку настройки якого крутять туди-сюди у пошуках потрібної радіостанції. Його думки швидко перестрибують з однієї розмови на іншу для того, щоб нічого не упустити. Бажає знати все про всіх. Таємниці і секрети зводять його з розуму. Він догори дном переверне весь будинок у пошуках прихованого для нього різдвяного подарунка, наперед розгадає всі сюрпризи. Його дуже хвилює, також, все те, що він ще не розуміє.

**Пацієнти-сангвініки** зазвичай прагнуть аби будь-які питання їх хвороби не були розголошені, намагаються чітко виконувати приписи і призначення лікаря.. **Тактика медичного працівника** – партнерство (співпраця у питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом).

**Відомі сангвініки:** австрійський композитор Вольфганг Амадей Моцарт, французький імператор Наполеон Бонапарт, американський письменник Марк Твен, Вінні-Пух, Карлсон.

#### **Як спілкуватися з сангвініками.**

- Не розраховуйте отримати виключне право власності на його чарівну посмішку і уважне, зацікавлене ставлення сангвініка;
- Сангвінік відчуває себе особливо добре, якщо подобається всім без винятку; будьте готові до його прагнення зачарувати всіх і кожного;
- Підтримувати хороші відносини з сангвініком досить просто, оскільки він завжди голосує за мир у всьому світі і готовий йти на поступки заради підтримки гармонії, але не варто цим зловживати: нудьги, рутини і байдужості він не витримає;
- Хочете сподобатися сангвініку – дивуйте його. Чим більше і якісніше здивуєте, тим краще.
- Незважаючи на гнучкість і схильність до дипломатії, сангвініки все ж можуть лишити Вас. Якщо комфорт в спілкуванні, який вони цінують найбільше, зникне.
- Не вимагайте від сангвініка глибини, сильної емоційної залученості. Хоч сангвініки і сама чарівність, їх почуття часто бувають поверхневими. Їм потрібен час, щоб відчути все серйозно і ґрунтовно.

#### **Поради сангвінікам.**

Ви – не центр Всесвіту, як би Вам цього не хотілося.

Якщо Ви щось пообіцяли, треба це обов'язково виконати. Найкраще мати при собі блокнот для записів. Якщо Ви забули свою обіцянку через п'ять хвилин, інші люди про неї пам'ятають!

Гарний годинник на руці потрібний не лише для того, щоб його усім показувати. Час – це точне поняття, а не приблизне. Спізнитися можна тільки іноді з поважної причини. При цьому «прослав» або «забув» - поважними причинами не є.

Навчіться слухати інших людей. Не треба так багато говорити самому. Навчіться брати на себе відповідальність, а не перекладайте її на інших.





## ХОЛЕРИК

**Особливості темпераменту.** Людину холеричного темпераменту можна охарактеризувати як швидку, поривчасту, здатну віддаватися справі з пристрасністю, але невірноважену, схильну до бурхливих емоційних спалахів і різких змін настрою. Люди цього темпераменту мають сильну нервову систему. Вони здатні долати значні труднощі, але погано стримують себе, легко «вибухають».

Холерики схильні до різких змін настрою і прямолінійні у відносинах з людьми. Люблять ризик і спритні в суперечці. Відповідно, поезія їм подобається романтична і музика приблизно така ж – бурхлива, енергійна і рвучка.



*Холерики – рушійна сила колективу.*

Холерик з усіма спілкується відкрито, і знає, що все буде в порядку доти, поки кермо влади знаходяться у нього в руках. Він завжди чітко і ясно викладає свою точку зору. Його цілеспрямованість і вроджена здатність до керівництва, зроблять його успішним у будь-якій вибраному ним діяльності. Як правило, більшість політиків, по натурі, є енергійними холериками.

Найсильнішою стороною особистості холерика є те, що завдяки своїм організаторським здібностям він може досягти більшого, ніж будь-хто інший. Зіткнувшись з якимось завданням, він абсолютно точно знає, як потрібно підійти до його вирішення і подумки розбиває завдання на окремі частини. Він чітко знає, на яку допомогу може розраховувати і швидко розподіляє обов'язки серед учасників. Навіть ледачих роззяв він залучить до роботи (тому що вважає, що краще кожен нехай працює, ніж ледачкує).

Деякі холерики настільки сильно намагаються утримати в руках кермо влади, що доручають виконувати тільки «нудну» роботу, залишаючи собі виконання роботи по суті.

**Пацієнти-холерики** як правило дуже нетерпляче ставляться до будь-яких хвороб, можуть вступити у суперечку, почати надмірно заперечувати та конфліктувати з медичним персоналом, не погоджуватися з тією чи іншою процедурою. **Тактика медичного працівника** – не перешкоджати прояву активності, а направляти в потрібне русло, говорити спокійно і вимогливо.

**Відомі холерики:** Петро І, поет Олександр Сергійович Пушкін, угорський композитор Ференц Ліст, німецький композитор Людвіг ван Бетховен, англійський поет Джордж-Гордон Байрон.

### ***Як спілкуватися з холериками.***

- Якщо холерик кричить на Вас, пам'ятайте: він насправді зовсім не кричить, а просто так розмовляє;
- Якщо за час розмови співрозмовник-холерик кілька разів гримнув кулаком по столу, жбурнув на підлогу запальничку - це зовсім не означає, що подальший діалог з ним неможливий; треба ж людині якось скидати напругу!
- Якщо Вам щось від нього потрібно, говорить йому про це негайно і чітко: тривала «підготовка ґрунту», натяки і багатослівні вступи, що передують розмові по суті, сильно дратують його і налаштовують проти Вас;
- Обманювати холерика (навіть через дрібниці) - небезпечно! Сам він брехати практично нездатний і своїм близьким обману і нещирості не прощає;
- Запам'ятайте і змириться, що він завжди буде реагувати роздратуванням на запізнення, повільність, одноманітність і ніколи не перестане розмахувати руками і ходити по кімнаті під час важливої розмови;
- Зате, якщо Ви виправдаєте його довіру, будете проявляти до нього щирі увагу і інтерес, а ще краще – схвалення і навіть захоплення, він докладе всю свою фантастичну енергію і неабиякі творчі здібності для досягнення ваших спільних цілей.
- Жінка-холерик – це «генерал у спідниці». Вона амбітна, сильна, має життєві цілі і здатна сама себе забезпечувати, ініціативна, легко навчається.



### ***Поради холерикам.***

Треба навчитися прислухатися до думки людей, з якими Ви разом працюєте. Ви повинні розуміти, що Ваша думка не обов'язково є найправильнішою, адже інші люди можуть бути кращими фахівцями в своїй галузі.

Зрозумійте, що якщо Ви прекрасно вмієте справлятися самі зі своєю роботою, то з допомогою інших людей у Вас виходитиме ще краще. І ніхто при цьому не буде вважати, що Ви втратили позицію лідера в колективі.

Так само відбувається і в сім'ї. Для холерика манера тиснути на свою другу половину з усіх питань – це звичайна справа. Але через деякий час все починає повертатися в інший бік, і відносини в родині псуються. Добре, якщо чоловік чи дружина розуміє, що вашу манеру поведінки можна підкоригувати і не тримає на вас зла. А якщо ні? Що страшного станеться, якщо хоча б раз все відбудеться не по Вашому. Контроль над собою необхідний. Особливо це важливо в сім'ї.

## **ЗВ'ЯЗОК ПСИХІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІЗ КОНСТИТУЦІЄЮ ЛЮДИНИ**

**Конституція людини** – це реалізований генотип в певних умовах середовища. Крім того, конституція – це всі морфологічні, фізіологічні та психічні властивості особистості, причому останні можуть змінюватися в залежності від умов середовища і виховання.

З часів Гіппократа багато лікарі об'єднували людей в групи, схильні до різних хвороб. В основу одних класифікацій покладені морфологічні ознаки (вузькосладений, ширококостий), інших – тип харчування (травоїдний, м'ясоїдний), у третіх – найбільш розвинена система організму (травна, дихальна, м'язова, мозкова). Академік О. Богомолець вважав, що тип конституції визначає розвиток одного з видів сполучної тканини (тонкої, жирової, грубоволокнистої).

Антрополог В.Бунак виділяє два типи конституції: «санітарну» і «функціональну». Психолог В.Русалов розрізняє «загальну конституцію» і «часткову конституцію».

Під **загальною конституцією** розуміється інтегральна характеристика організму людини, її «сумарна» властивість певним чином реагувати на впливи середовища, не порушуючи при цьому зв'язку окремих ознак організму як цілого. Це якісна характеристика всіх індивідуальних особливостей суб'єкта, генетично закріплених і здатних змінюватися в процесі росту і розвитку під впливом факторів довкілля. Загальна конституція обумовлює багато фізичних, фізіологічних і психічних властивостей особистості, але вони можуть змінюватися в залежності від умов розвитку.

Під **частковою конституцією** розуміються окремі морфологічні і (або) функціональні комплекси організму, які сприяють його благополучному існуванню. У це поняття входять габітус, соматичний тип, тип статури, особливості функціонування гуморальної та ендокринної систем, показники обмінних процесів і ін.

В основу класифікації схем конституцій людини можуть бути покладені наступні принципи:

*Соматопсихологічний* – визначає прояви психофізичної особистості, заданої генотипом і модифікованої зовнішніми впливами;

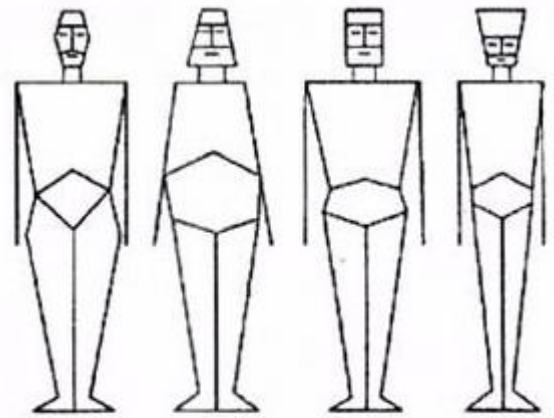
*Фізіологічний* – сума факторів, що визначають стійкість організму до зовнішніх шкідливих факторів;

*Змішаний* – конституція визначається особливостями, зумовленими дією спадковості і середовища.

Фахівцями показано, що не можна оцінити якусь конституцію як більш здорову і працездатну. У сучасній науці залишається відкритим питання про фізіологічні особливості конституційних типів. Нині досліджується зв'язок конституції людини з рівнем окислювальних процесів і гормональним профілем. Багато теорії конституції намагаються обґрунтувати зв'язок конституційних і психологічних особливостей. Так, передбачається, що гени, які зумовлюють соматичні особливості, визначають і темперамент. Деякі автори вважають, що індивід в дитинстві усвідомлює свої конституційні переваги і в ході свого розвитку реалізує їх.

### Схема тілобудови К.Сіго (все визначає середовище)

Конституція людини розглядається як результат адаптації до різних аспектів життя: м'язової діяльності, мислення, дихання, травлення. Виділено 4 типи конституції людини: **мускулярний / м'язовий** (відрізняється середньою грудною кліткою з прямим кутом, плоским животом, широкими плечима, сильним розвитком мускулатури, прямокутним обличчям з рівним розвитком трьох частин; розвивається у людини пізно, між 16 і 18 роками), **церебральний / мозковий** (характеризується тонким кістяком, слабкою мускулатурою, короткими тонкими кінцівками, сильним розвитком верхньої частини обличчя; формується до кінця періоду статевого дозрівання), **респіраторний / дихальний** (характерні довга грудна клітка з гострим кутом, знижений жирівідкладення, малий живіт, довгі кінцівки, значний розвиток середньої частини обличчя; розвивається у людей у ранньому віці і зберігається протягом усього життя), **дигестивний / харчовий** (характеризується короткою грудною кліткою з тупим кутом, великим животом, підвищеним жирівідкладенням, сильно розвиненою нижньою частиною обличчя; формується у ранньому віці).



а) респіраторний; б) дигестивний; в) мускулярний; г) церебральний

### Схема Е.Кречмера (все визначає спадковість)

Німецький психіатр і психолог Е. Кречмер довгі роки спостерігав за психічними хворими і виявив взаємозв'язок між поведінкою і статурою. У своїй праці «Будова тіла і характер» («Körperbau und Charakter», 1921). він представив результати обстеження близько 200 хворих та на підставі безлічі обчислень співвідношення частин тіла виділив основні типи будови тіла (чітко виражені – лептосомний, або психосоматичний, пікнічний, атлетичний, і менш визначений – диспластичний). Ці типи конституцій він співвідніс з описаними Крепеліном психічними захворюваннями – маніакально-депресивним психозом і шизофренією. Виявилось, що існує певний зв'язок: до маніакально-депресивних психозів більш схильні люди з пікнічним типом конституції тіла, а до шизофренії – із лептосомним.

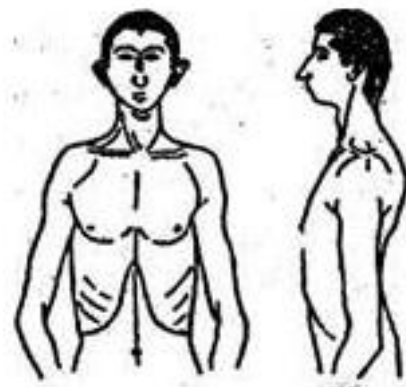
Далі він зробив мало обґрунтоване припущення, що ті ж особливості темпераменту, які є основними при психічних хворобах, можуть бути виявлені лише при меншій їх вираженості, і у здорових людей. Відмінність між хворобою і здоров'ям, за Е.Кречмером, лише кількісна: будь-якому типу темпераменту властиві психотичні, психопатичні і здорові варіанти психічного складу. Кожному із основних психічних (психотичних) захворювань відповідає певна форма психопатії (циклоїдна, шизоїдна), а також визначений «характер» (точніше, темперамент) здорової людини (циклотимічний, шизотимічний).

Найбільш схильними до психічних хвороб є пікнік і психосоматик. Циклотимічний характер при надмірній вираженості може трансформуватися через вже аномальну циклоїдну варіацію характеру у маніакально-депресивний психоз.

При шизотемічній формі темпераменту, у разі відхилення від норми, виникає шизоїдія, яка трансформується при наростанні хворобливих ознак у шизофренію.

Люди *пикнічної* (великої) статури з широкими грудьми, виступаючим животом і великою головою характеризуються відкритістю, відповідальністю, плавністю рухів і різко мінливим настроєм. Люди *астенічної статури* мають довгу і вузьку грудну клітку, довгі кінцівки, подовжене обличчя, слабку мускулатура та характеризуються замкнутістю, неадекватністю реакцій. *Атлетично складені люди* з добре розвиненою мускулатурою, міцною статурою, високого зросту, широкоплечі і витончені мають спокійний, стриманий характер. *Диспластики* – тобто непропорційні люди мають риси всіх перерахованих вище видів. Розглянемо кожен вид статури детальніше.

**Астенічний тип.** Відрізняється вузькістю, яка проявляється у всіх частинах тіла і видах тканин. Астенік має вузькі плечі, таз, худу шию, тонкі кінцівки. Завдяки такій витягнутості статури він здається вищим, ніж є насправді. Жировий і м'язовий компоненти розвинені дуже слабо. Живіт худий, запалий або плоский. Обличчя також вузьке і витягнуте із виступаючим носом. Астенічні особливості формуються у ранньому дитинстві і залишаються постійними у людей різного віку. Ні в дитинстві, ні в старості астеніки не виявляють схильності до накопичення жиру або розвитку м'язів. Специфіка цього типу, пов'язана зі статтю, проявляється частіше серед низькорослих жінок. У них, як правило, невисокий артеріальний тиск, через що астеніки погано переносять низькі температури і їх руки практично завжди залишаються холодними.



Люди астенічної статури люблять солодке, солоне і кисле, алкоголь та гарячі напої. У них дуже добре розвинена увага, часто буває тихий голос, не дивлячись на те, що вони нерідко багатослівні. Сон у астеніків поверхневий, їм потрібно небагато часу, щоб виспатися. Часто хворіють та довго після хвороби приходять у норму.

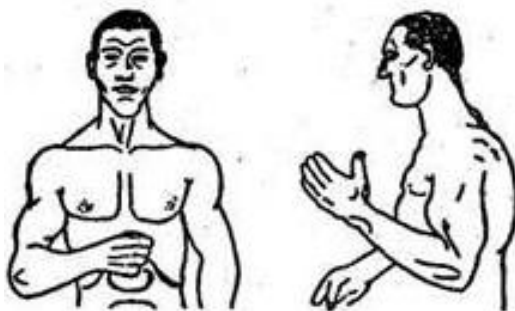
У астеніків часто дуже високе самолюбство, поєднане із почуттям неповноцінності. Люди астенічного типу статури бувають дуже вразливими, вони можуть втратити свідомість, побачивши кров. Однак, не схильні до аналізу ситуації, не люблять копатися в собі і роздумувати над причинами, чому сталося, так, а не інакше. Живуть астеніки тихо, прагнуть не виділятися із натовпу. Дуже люблять тварин, нерідко заводять удома велику кількість кішок або собак. Дуже важко переносять будь-які зміни в житті, їм некомфортно якщо змінюється розпорядок дня або вони опиняються у незнайомій компанії.

У разі проблем або небезпеки, астеніки губляться, ціпеніють і не можуть нічого зробити. Подовгу переживають навіть несуттєвий конфлікт, багато раз програючи ситуацію в голові, не можуть заснути через це. В юності вони намагаються виділитися, показати свою «крутість», але незабаром їх астенічний характер дає про себе знати, часто через свою сором'язливість починають палити аби бути в компанії друзів. У більш зрілому віці звикають до свого характеру і поведінки, тим більше їх натура трохи пом'якшується. Однак, в старості такі люди

стають ще більш недовірливими і ще частіше починають переживати через дрібниці. Вони хочуть, щоб їхні близькі завжди знаходилися поруч з ними, звітували за кожен зроблений крок.

**Атлетичний тип.** Характеризується сильним розвитком кісткового і м'язового компонентів. Плечі широкі, грудна клітка широка і опукла. Надчеревний кут близький до прямого. Живіт пружний, з вираженим рельєфом м'язів. В цілому тулуб розширюється догори. Кістки масивні і товсті, що зумовлено значним розвитком м'язів. Руки дещо подовжені, з великим м'язовим рельєфом. Ріст середній або вище середнього. Обличчя атлетів грубувате, високе, кілька вугласте, з вираженим кістковим рельєфом. Сильно розвинені надбрівні дуги, вилиці виступають, нижня щелепа широка з великим «вольовим» підборіддям. Ніс великий, притуплений. Характерний комплекс атлетичної типу складається в період статевого дозрівання, а після 25 років стає ще виразнішим. Статева специфіка типу проявляється в більшому розвитку жирової компоненти у жінок порівняно із чоловіками. Жінки-атлети часто виглядають масивно і грубувато з фігурою, схожою на чоловічу.

Люди з атлетичним типом статури відрізняються спокоєм, що межує з байдужістю. Але якщо таку людину роздратувати, то вона виявиться здатною до сильної агресії. І не дарма атлетик відрізняється найбільш розвиненою м'язовою структурою - адже саме м'язи відповідають за рух, розвиток, агресію в широкому сенсі. Здатність до прояву фізичної сили, агресивного руху відповідає аналогічній здатності в психологічній сфері. Сила і енергія проявляється і в самих звичайних рухах атлетика: ході, жестикуляції.

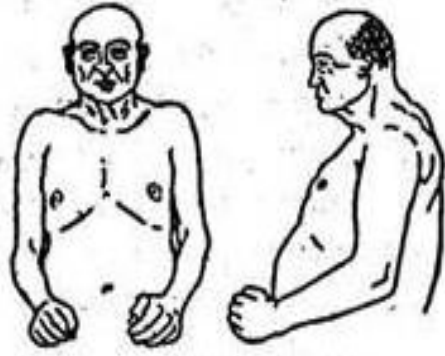


Відповідний тип характеру – ікс отим або «в'язкий характер». Це спокійна, невразлива людина зі стриманими жестами і мімікою, з невисокою гнучкістю мислення, часто дріб'язкова, складно пристосовується до змін.

Психологічно атлетики дуже стабільні, впевнені в собі. З дитинства їх відрізняє самостійність і енергійність, вони вкрай рідко звертаються за допомогою, так як звикли всі свої проблеми вирішувати самостійно. Ще одна риса – любов до ризику і пригод, пов'язана із високим життєвим тонусом. Люди такого типу дуже відповідальні, на їх слово можна сміливо покластися, сказали – зробили.

Як співробітники такі люди швидко ростуть по кар'єрних сходах, їх поважають в колективі і часто звертаються за порадою і допомогою. Атлетики дуже логічні, прямолінійні, ґрунтовні. Їх головна перевага перед людьми інших типів статури полягає в тому, що вони не піддаються тиску з боку оточення, мають велику силу волі, твердий характер і завжди знаходяться в спокійному настрої. Людина з атлетичним типом статури завжди впевнена у собі і має чіткі цілі, до яких йде прямо і по заздальгідь наміченому маршруту. Такі люди чудові керівники, лідери колективів.

**Пікнічний тип.** Характеризується схильністю до жирових відкладень при відносно слабкому розвитку м'язового і кісткового компонентів. Груді і живіт пікніка великі, широкі і об'ємні. Шия коротка, товста. Тулуб, навпаки, довгий. Грудна клітка опукла, помітно розширюється вниз, бочкообразная. Надчеревній кут широкий. Живіт товстий. Руки і ноги закороткі, пухкі, із слабо розвиненою мускулатурою. Обличчя пікників широке, округлих форм, за рахунок рясного підшкірного жиру здається сплющеним. Лоб широкий і опуклий, ніс середньої величини, з прямою або увігнутою спинкою. Нижня щелепа здається ширшою за рахунок пухких щік.



Пікнічний тип, на відміну від астеничного і атлетичного, досягає повного розвитку лише після 30 років, хоча схильність до його розвитку проявляється набагато раніше. Статеві відмінності полягають в дещо різному розподілі жиру на тулубі: у чоловіків він концентрується в основному на руках, плечах і, особливо, в області живота, а у жінок – на грудях і на стегнах.

Життя для людей цього типу зосереджене, головним чином, в емоційно-комунікативній сфері. Енергії хоч відбавляй, але сидіти над паперами їм нудно, та й особливо побиватися, «горіти на роботі» ці люди, орієнтовані на радість і задоволення, не схильні. Вони невтомні громадські працівники, всюдисущі «Шурочки з бухгалтерії», життєрадісні організатори галасливих зібрань.

Відповідний тип характеру – циклотим. Є протилежністю шизотимії. Емоції коливаються між радістю і сумом, легко контактують з оточенням, товариські, контактні, емоційні, реалістичний у поглядах, легко пристосовується до нових умов. Пікніки більшу частину життя – життєрадісні оптимісти. Вони мають м'який характер, люблять ходити в гості і приймати гостей у себе вдома, мають хороше почуття гумору.

Однак, у таких людей відзначаються часті зміни в працездатності, настрої і активності. Під час депресії у них відбувається переоцінка цінностей, їм здається, що вони неправильно вибудовують своє життя і спілкуються з людьми, але варто їм вийти з депресивного стану, вони повертаються до своєї звичної поведінки. Працедавці зауважують, що у таких людей існує «нерівність» праці. Їх не бажано ставити на ті ділянки, де темп роботи повинен бути постійно високим.

### Типологія У.Шелдона

Пізніше концепція Е. Кречмера отримала розвиток в працях психолога У. Шелдона, який виділив три основних типи конституції: ендоморфний, мезоморфний і екторморфний. У. Шелдон запропонував оцінювати конституцію людини за трьома векторами мінливості, які приблизно відповідають розвитку зародкових листків (ендо-, мезо- і ектодерми) з яких виникають відповідно внутрішні органи, опорно-руховий апарат і покриви тіла з нервовою системою (Sheldon W., Tucker W., 1940).

Тобто, перша вісь представляє характеристику Ендоморф, виражену в жировому компоненті і розвитку внутрішніх органів. За другою оцінюється

мезоморфія, або кістково-м'язовий компонент. Третя вісь описує екторморфа – відносний розвиток покривів тіла і нервової системи.

Ступінь вираженості ознак за трьома названими векторами оцінюється балами від 1 (мінімум) до 7 (максимум). Можливе використання також і дробних показників (наприклад, 1,5). В результаті кожен індивід може бути описаний у вигляді тризначного коду і знаходить своє точне місце розташування в системі координат (X-Y-Z). Наприклад, запис 7-1-1 відповідає вираженій Ендоморфії. Людина, описана такою комбінацією цифр, має круглу голову, великий живіт, дуже слабку мускулатуру, у неї слабкі і мляві кінцівки з великою кількістю жиру на плечах і стегнах, тонкі кістки зап'ястя та передпліччя; вона має відносно великі печінку, селезінку, кишківник. Запис 1-7-1 відповідає вираженому Мезморфу (людина з розвиненою м'язовою і кістковою системами, практично без жиру зі слабким розвитком нервової системи), а 1-1-7 – крайньому варіанту Екторморфа (людина з відносно великою поверхнею шкіри і розвиненою нервовою системою, дуже худа, зі слабкою мускулатурою і тонкими кістками).

Кожному типу відповідає певний темперамент. **Ендоморфи** (товсті зі слаборозвиненою мускулатурою) схильні до комфорту, насолоди їжею, душевного спілкування з іншими людьми. **Мезоморфи** (атлети) характеризуються енергійністю, потребою в русі, активністю, сміливістю, ризикованістю, владолюбством, агресивністю. **Екторморфам** – людям з тендітною статурою і відсутністю вираженої мускулатури властиві стриманість, загальмованість, замкнутість, лякливість, схильність до самотності.



Розглянемо основні типи конституції детальніше.

**Ендоморф** (травний тип, вісцеротонік) – слабка статура із надлишком жирової тканини. Характеризується округлістю, пухкістю, наявністю великого живота, жиру на плечах і стегнах, круглою головою, нерозвиненими м'язами. *Психологічні риси* – любов до фізичного комфорту, любов до їжі та отримання задоволення від процесу її споживання особливо в компанії інших людей, схильність до зловживання алкоголем, прагнення до спілкування, товариськість, часто нерозбірливість у виборі друзів, привітність, орієнтація на громадську думку, емоційна врівноваженість, задоволеність собою, хороший сон. *Аналог Пікніка за Е. Кречмером.*

**Мезоморф** (м'язовий тип, соматотонік) – з широкими плечима і грудною кліткою, міцними руками та ногами, масивною головою. *Психологічні риси* – схильність до фізичної діяльності, він якою отримує задоволення, впевненість у рухах і в поставі, енергійність, схильність до ризику, лідерські якості, прагнення домінувати, конкурувати з іншими, змагальна агресивність, відрізняються сміливістю, гнучкою поведінкою і зниженою чутливістю, відсутність педантичності,



нерідко – клаустрофобія, самовпевнена та агресивна поведінка у стані алкогольного сп'яніння. *Аналог Атлетика за Е. Кречмером.*

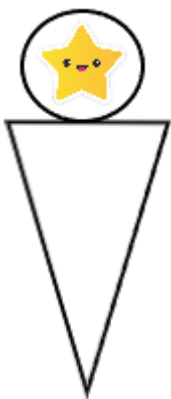
**Ектоморф** (мозковий тип, церебротонік) – із витягнутим обличчям, з високим чолом, довгими кінцівками, вузькою грудною кліткою і животом, відсутністю підшкірного жиру. *Психологічні риси* – характерна схильність до усамітнення, до міркувань, соціофобія, тихий голос і нестандартна поведінка. Багато з цих рис відображають надчутливий характер даного темпераменту (фізіологічну надреактивність, надмірну уважність, пильність, тривожність, розвинену інтуїцію), водночас як інші пов'язані із ригідністю та прагненням відгородитися від людей такими способами, як стриманість в рухах, скритність, уникання спілкування, нерідко – агорафобія (страх відкритого простору), надмірна чутливість до болю, хронічна втома, непереносимість алкоголю. Аналог Астеніка за Е. Кречмером.

### Атонік



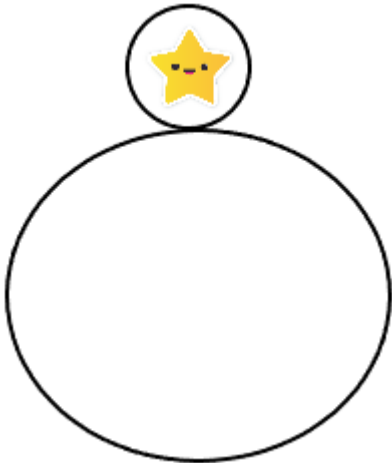
- Зріст високий та вищий середнього. Тонкі кістки так званий «пташиний скелет».
- Витягнуте, худе обличчя, рідке волосся, погані зуби, бліда шкіра.
- Не витривалий до фізичних навантажень, має слабкі м'язи.
- Часто інтровертований, швидко втомлюється від спілкування.
- Схильний до образного мислення, стриманий в емоціях, не терпить фамільярності.

### Субатонік



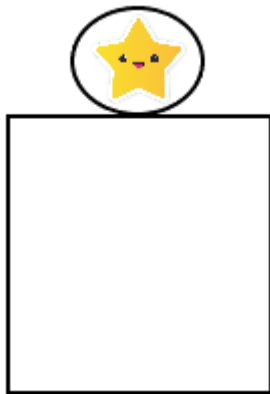
- Зріст високий та вищий середнього. Худорлявий, але часто спортивний (ігрові види спорту)
- Поеднує риси атоніка, але більш контактний і менш інтровертований. Стриманий, адекватний у спілкуванні.
- Оточуючі часто сприймають його слабкішим, ніж він є насправді.
- Гарний стратег.

## Пікнік



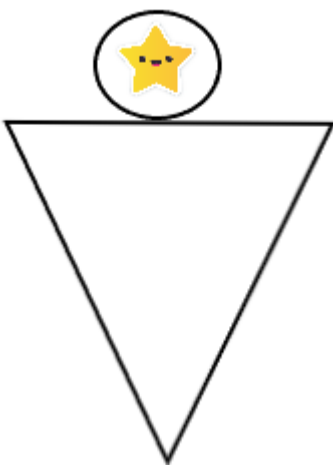
- Низький або нижче середнього зріст.
- «Роздутий тулуб» - грушоподібний. Велика голова з тенденцією до раннього облісіння.
- Переважно екстраверт, жвавий, емоційний, любить бути в центрі уваги.
- За своєю спрямованістю – тактик. Живе найближчими планами, не схильний до стратегічного планування, переважно ситуативний.
- Часто змінює свою точку зору.

## Мезопластик



- Має риси пікніка: конкретність мислення, тактик, а не стратег.
- Однак не має почуття гумору, притаманного пікнікові, схильний до накопичення негативних емоцій та раптових спалахів афектів.
- Часто схильний до зловживань алкоголем.

## Атлетик



- Зріст високий та вищий середнього.
- Міцний скелет, легко сприймає фізичні навантаження.
- Характеризується психологічною нечутливістю, його складно розчутити.
- Схильний до надлишкової рішучості, живе за принципом «іншим – зась, а мені можна».
- Легко переносить біль.

## Еурінопластик



- Зріст високий та вищій середнього.
- Враження «колишній спортсмен», який знизив фізичні навантаження і тому має дещо «роздуту фігуру», але навіть якщо така людина насправді займалася спортом, то й тоді не мала ідеальної фігури.
- Сентиментальний, вразливий, але схильний до вибухів погано контрольованої люті. Впертий, часто зарозумілий, діє за принципом «слон у посудній лавці».

Висновки Е. Кречмера і У. Шелдона неодноразово піддавалися сумнівам і багато в чому виявилися суперечливими, але в цілому, дослідники визнали, що між статурою і темпераментом існує хиткий, але достовірний зв'язок.

Як У.Шелдон, так і Е.Кречмер проводили у своїх працях ідею про прямий зв'язок психологічних особливостей людини із будовою її тіла. Сучасні дослідники менш категоричні в оцінці зв'язку будови тіла та поведінки людини, але в цілому, підтверджують наявність певних взаємозв'язків між конституціональними та психологічними особливостями людини. Мова йде про такі параметри: стресостійкість, контактність, працездатність. Отримано результати, що астеніки стійкіші до стресу, ніж пікніки. Це пов'язано із різною інтенсивністю фізіологічних процесів в їх організмах: у астеніків – середня інтенсивність фізіологічних процесів, а у пікніків – низька. У стресових ситуаціях астеніки зазнають незначних емоційних витрат, натомість пікніки – більш емоційніші і, відповідно, швидше втомлюються та виснажуються від стресових навантажень. Доведено, що у пікніків більш слабкий тип нервової системи, у астеніків – середній, а у атлетиків – сильний тип нервової системи.

*Астеніки* малокоунктні, суб'єктивні в оцінках. Часто мають проблеми в особистому житті, труднощі у встановленні міжособистісних взаємин.

*Пікніки* вміють висловлювати свої почуття, люблять спілкування та схильні до співпраці, хоча й часто мають коливання настрою, втім добре переключаються з одного виду діяльності на інший, хоча й їх працездатність недовготривала.

*Атлетики* схильні до лідерства, якщо змушені вступати в контакт із подібними собі – часто мають проблеми у спілкуванні. Їх галаслива та самозакохана поведінка часто пригнічує представників інших конституціональних типів і може викликати у них несподівану для них зустрічну агресію. Втім більшість атлетиків блискуче проявляють себе в екстремальних умовах (бойові дії, стихійні лиха, аварії).

### Конституціональна система Б. Хіт і Л. Картера

(конституція як відкрита система)

Розвиток традиції У. Шелдона запропоновано в конституціональній системі Б. Хіт і Л. Картера. Для оцінки координат статури вони запропонували використовувати відкриту шкалу, що починається з нуля і не має верхньої межі (В.Неатх, Л.Картер, 1967). Відповідно, суми балів, за допомогою яких описується

соматотип, може теоретично бути менше 3 і більше 12. Метод заснований на розрахунку стандартних рівнянь множинної регресії між соматотипом і антропометричними розмірами тіла і покликаний більш прямолінійно співвіднести компоненти з такими зручними ознаками, як довжина тіла, вага, товщина жирових складок і ширина кістки. Використовується також і ваго-ростовий індекс.

Б. Хіт і Л. Картер вважали, що їх «універсальний соматотипологічний метод» дозволяє описувати конституцію "людей усіх національностей і рас, будь-якого віку і статі. Само по собі це твердження, мабуть, недалеко від істини. Хоча перевага методики порівняно з тією ж схемою У. Шелдона викликає великі сумніви.

### Жіноча конституція за І.Галантом

Схеми, спеціально призначені для опису конституції жінок, розроблялися неодноразово. Найбільш вживаною з них, є схема І.Галанта, який виділив три групи типів, що розрізняються не тільки морфологічними, але і психофізіологічними особливостями (І.Галант, 1927). Однак характеристику останніх він не представив.

Ознаками, за якими виділяються конституціональні типи, є довжина тіла, ступінь жировідкладення, розвиток мускулатури, форма грудної клітки і живота, пропорції тіла. Окремі типи об'єднані в три групи:

**Лептосомна** конституція – характеризуються передусім вузькою статурою, переважанням росту у довжину.

**Мезосомна** конституція – головною характеристикою є середня, або широка статура, переважання росту у ширину;

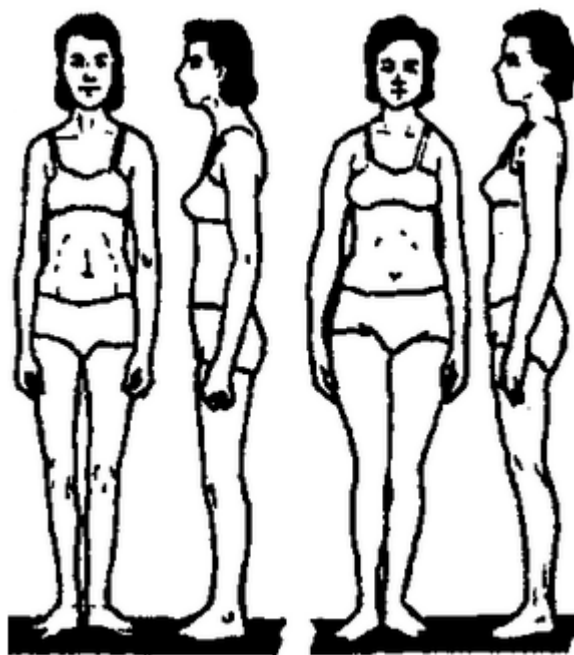
**Мегалосомна** конституція – відрізняються насамперед масивністю статури і великими розмірами, рівномірним ростом в довжину і ширину.

Група: **Лептосомна** конституція.

Тип: **Астенічний**. Тіло астенічної жінки худе, з вузькою, довгою і плоскою грудною кліткою, вузькими плечима і стегнами, сутулими плечима, запалим животом. Руки і ноги худі, при змиканні ніг – між стегнами залишається вільний простір. Мускулатура і жирова тканина розвинені дуже слабо. Згідно з оригінальним описом І. Галанта, ріст астенічних жінок невисокий, проте, як з'ясувалося згодом, високий зріст зустрічається частіше, ніж низький. Типові риси обличчя – вузькість, блідість, сухість, незграбність, малі розміри підборіддя.

Тип: **Стенопластичний**. Відрізняється від астенічного більшою огрядністю. При цьому пропорції тіла майже такі ж, але жировий і м'язовий компоненти розвинені дещо більше. На практиці ріст стенопластичних жінок зазвичай середній або нижче середнього. Іноді для наочного опису цього конституційного типу вказують, що це тип Венери Мілоської.

**Психологічні риси** – невпевненість в собі, підвищена недовірливість і тривожність, стриманість в прояві почуттів, сором'язливість,



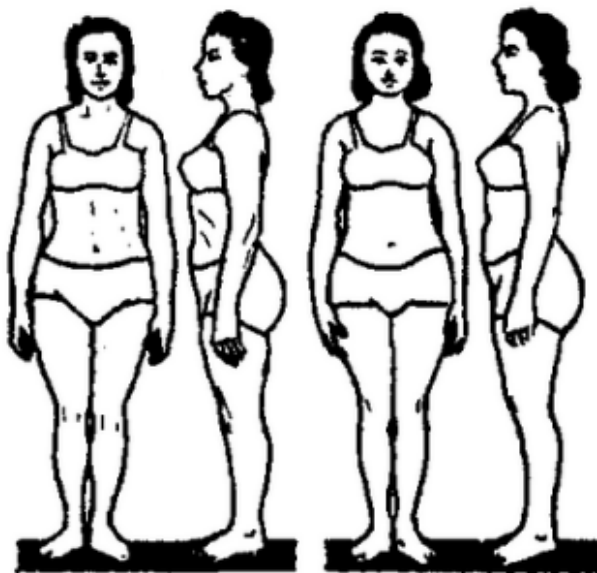
Астенічний

Стенопластичний

прагнення до уникнення конфліктів, орієнтація на норми поведінки свого кола спілкування, підвищене почуття провини, споглядальна позиція, інтроверсія, формально-логічний стиль мислення, у стресі захисна реакція – втеча в світ фантазії.

Група: **Мезосомна** конституція.

Тип: **Мезопластичний**. Фігура такої жінки має кремезні пропорції, широкі плечі і таз. Кістковий і м'язовий компоненти розвинені значно, але не надмірно. Жировий компонент розвинена також помірно. Ріст таких жінок зазвичай середній.



Пікнічний

Мезопластичний

Для опису цього типу застосовують опис – «жінка-працівниця». Згідно із І.Галантом, обличчя у них округлене, широке, особливо в середній частині, з дещо зменшеною нижньою щелепою.

Тип: **Пікнічний**. Відрізняється передусім підвищеним жировідкладенням. Кінцівки, здаються укороченими через велику товщини. Тулуб повний, з укороченою шиєю, широкими округлими плечима, циліндричної грудною кліткою, опуклим животом, широким тазом. Ноги товсті, стегна зімкнуті. Ріст зазвичай середній або нижче середнього. Голова і обличчя округлені.

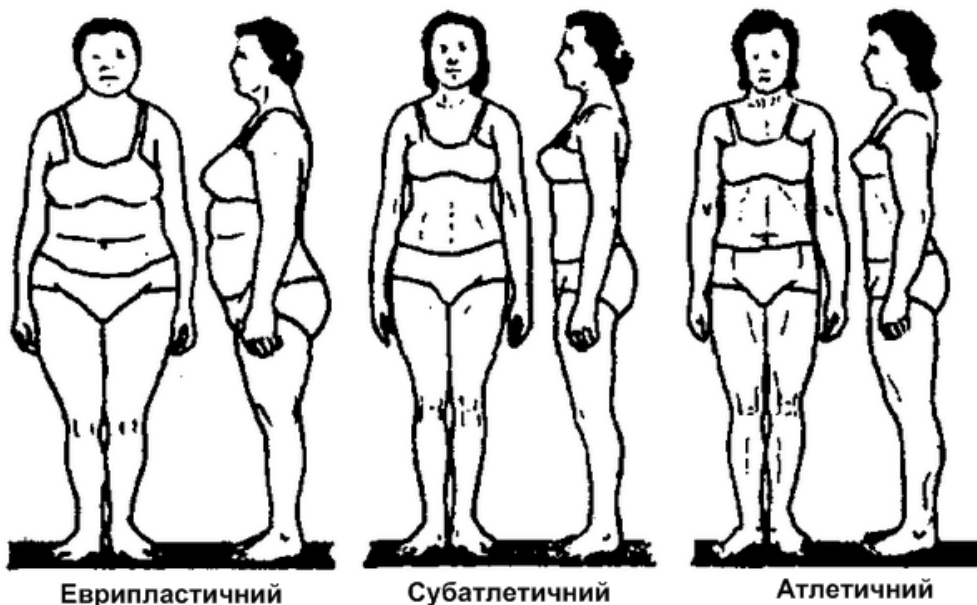
*Психологічні риси* – конформність установок, декларація альтруїзму, чуйність, схильність до співпраці, доброзичливість, самовідданість, релігійність, терплячість, прагнення допомагати іншим, мінливість мотиваційної спрямованості в залежності від ситуації, страх невдачі превалює над мотивацією досягнення, орієнтація на загальноприйняті норми поведінки та мораль суспільства, емоційна нестійкість, підвищена тривожність, альтруїстичний стиль взаємодії з оточуючими, художній і вербальний тип сприйняття. Реакція на стрес – страх. Захисний механізм – соматизація. схильність до вегетативної нестійкості, мігрені.

Група: **Мегалосомна** конституція.

Тип: **Субатлетичний**. Схожий на стенопластичний, але помітно відрізняється високим ростом, кращим розвитком мускулатури, атлетичними пропорціями при збереженні жіночності. Тип часто зустрічається серед фотомоделей.

Тип: **Атлетичний**. Передусім ці жінки характеризуються дуже потужним скелетом і сильною мускулатурою. Жировий компонент, навпаки, розвинений дуже слабо. Пропорції більше нагадують чоловічі – широкі плечі, опукла грудна клітка, вузький таз, велика нижня щелепа. Тип частіше зустрічається серед професійних спортсменок.

Тип: **Еврипластичний**. Поєднує ознаки атлетичного типу з підвищеним жировідкладенням. Такі жінки мають широкі плечі, великий зріст і значні відкладення підшкірного жиру. Наочна демонстрація цього типу – «жінки-гренадерші».



Еврипластичний

Субатлетичний

Атлетичний

*Психологічні риси* – рішучість, підприємливість, лідерство, егоїстичність, раціональний погляд на життя, впевненість в собі, владність, незалежність, відсутність стурбованості переживаннями інших людей, небажання обмежувати себе в чому-небудь, пристрасть до швидкостей, спартанські риси, войовничий характер, агресивність, сексуальна активність без вираженої тенденції до глибокої прихильності, високий рівень мотивації досягнення, активність, агресивність. Емоції зовні виявляються досить бурхливо – обурення, гордість, злість, захоплення, але не залишають глибокого сліду в душі. Стиль міжособистісного поведінки незалежний, лідируючий. Тип сприйняття цілісний, інтуїтивний, без достатньої опори на досвід, орієнтований на власне суб'єктивне відчуття. У стресі – імпульсивні поведінкові реакції. Захисний механізм - витіснення або відреагування зовні.

### Соматотипи дітей за В.Штефко і А.Островським

**Астеноїдний** – діти зі слабким розвитком кісткового компонента, вузькою грудною кліткою, гострим надчеревній кутом, запалим животом, довгими худими ногами.

**Торакальний** – відрізняється від астеноїдного значним розвитком грудної клітини в довжину, об'ємними легкими, невеликим животом, великим носом.

**Абдомінальний** – діти цього типу мають невелику грудну клітку, помірний розвиток жирового компонента і при цьому дуже великий живіт. Пояснюється його виникнення харчуванням переважно рослинною їжею. Травний тракт при цьому розвивається значно, а жир не накопичується, оскільки рослинна їжа дуже низькокалорійна.

**М'язовий** – діти з рівномірно розвиненим тулубом, широкими прямими плечима, розвиненою грудною кліткою, середнім надчеревній кутом. Контури м'язів у дітей м'язового типу виражені чітко. Обличчя квадратної або округлої форми.

**Дигестивний** – діти цього типу відрізняються короткою шиєю, короткою і широкою грудною кліткою, опуклим животом. У дітей дигестивного типу сильно розвинені жирові складки, надчеревній кут тупий. Обличчя у них широке в нижній частині.

**Невизначений** – діти, яких не можна віднести ні до одного з інших типів.

### **Конституціональна теорія В.І. Кулікова**

Сучасний представник конституціональної теорії особистості В.І. Куліков запропонував розрізняти два типи людини залежно від конституції на основі пропорцій тіла людини: *кінцівковий* та *туловинний*.

*Кінцівковий* – ноги довші за тулуб, низька талія, короткий тулуб. Кінцівковий тип – артистичні натури (домінування образного мислення, схильність до перебільшень, емоційність, рішучість, нерациональність, незалежність, наявність широких, інколи нестандартних життєвих цінностей та норм моралі).

*Туловинний* – довгий тулуб, висока талія, короткі кінцівки. Туловинний тип – мислителі (правдиві, логічні, раціональні, креативні, схильні до розумової праці, стійкі до стресу).

# РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЯ У РІЗНИХ ГАЛУЗЯХ МЕДИЦИНИ

## ПСИХОЛОГІЯ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

*Кажуть, щастя не можна виміряти і зважити ... але у акушерів виходить*

В акушерстві та гінекології психологічні фактори мають особливе значення при порушеннях менструального циклу, передменструальному синдромі, вагітності, безплідді і клімактерії.

**Порушення менструального циклу:** аменорея, ювенільна маткова кровотеча, дисменорея.

Ряд порушень менструальних функцій, що виникали у жінок під час війни не завжди пояснені недостатністю харчування. С. Whitacker і В. Barrera (1944 р.), дослідивши під час війни 60 санітарок, які харчувалися задовільно, але піддавалися інформаційному впливу, сигналізувати про небезпеку для життя, виявили у 30 (тобто в 50% випадків) порушення менструального циклу, з них у 14 (23 %) - аменорею. Т. Marwill описав аменорею у жінок в перший період проходження навчання для служби у флоті США під час Другої світової війни, хоча жінки весь час отримували достатнє харчування. *Аменорея* пояснюється станом тривоги, в якому вони знаходилися. Аналогічний механізм аменореї зустрічався у деяких жінок, які боялися настання вагітності. Наступним фактором є розлука з близькими людьми, вилучення зі звичного середовища, як це було з біженцями під час війни і після неї. Одна тільки розлука з близькими людьми може обумовлювати нерегулярність менструацій або аменорею у 20% жінок. *Ювенільні маткові кровотечі* частіше проявляються в епізодах емоційної напруженості і при розладах невротичного рівня - астенічних, депресивних, фобічних, депресивно-іпохондричних, істеричних. Негативні переживання у зв'язку з менструацією іноді призводять навіть до *дисменореї*. Виникнення дисфункціональних маткових кровотеч можливо у дівчат з істеричною акцентуацією на висоті афекту.

### ***Передменструальний синдром.***

Клінічні критерії синдрому передменструального напруження:

І. Протягом останнього року в більшості менструальних циклів спостерігається п'ять або більше з перерахованих нижче симптомів. Психопатологічні прояви, як правило, нарастають в останній тиждень перед менструацією і повністю редукуються в її перші дні.

- Сум, безнадія;
- Напруга, тривога;
- Виражена лабільність настрою із нападами сльозливості;
- Постійна дратівливість, конфліктність;
- Зниження інтересу до звичних видів діяльності;
- Труднощі концентрації уваги;
- Втома, сонливість;
- Зміни апетиту, переїдання;
- Гіперсомнія або інсомнія;



Соматичні скарги (напруженість або біль у молочних залозах, відчуття "розбухання" або збільшення маси тіла, головні, суглобові або м'язові болі).

II. Симптоми перешкоджають професійній діяльності, навчанню, звичній соціальної активності, порушують міжособистісні відносини.

III. Симптоми не є ознакам інших розладів, наприклад великого депресивного, панічного, дистимічного або особистісного розладу.

### **Вагітність.**

Навіть нормальний перебіг вагітності є кризовим у житті жінки.



Мотиви збереження вагітності:

1. Вагітність заради дитини — найбільш позитивний мотив, який відбиває психологічну потребу жінки в материнстві і готовність до нього. Він характерний для соціально зрілих осіб, а також одиноких жінок у віці.

2. Вагітність від коханої людини — сприяє створенню високого рівня адаптивності жінки до вагітності. Майбутня дитина виступає як частина коханої людини, символ «світлого» минулого або сьогодення, який жінка хоче пронести через усе життя.

3. Вагітність як відповідність соціальним очікуванням — цей мотив зазвичай притаманний молодим дівчатам із забезпечених сімей або тих, у котрих літні батьки ще не мають онуків (тобто вони народжують дитину не для себе, а для своїх батьків). Слід окремо виділити вагітність «для чоловіка». При цьому дитина народжується не стільки у відповідності зі своїм бажанням, скільки на прохання чоловіка.

4. Вагітність як протест — це «вагітність на зло» чоловікові або батькам. Така поведінка властива молодим дівчатам. Вагітність носить характер протесту, виклику, протистояння світу дорослих, є для жінки драматичною і часто важко травмує її психіку.

5. Вагітність заради збереження відносин — коли жінка зважується на народження дитини, щоб внести новизну у близькі стосунки з чоловіком і утримати його поруч.



6. Вагітність як відмова від минулого — у цьому випадку вагітність може розцінюватися самою жінкою як бажання відчувати себе особистістю, закреслити своє минуле.

7. Вагітність заради збереження власного здоров'я — мотив, зумовлений боязню заподіяти шкоду своєму здоров'ю абортom або втратити можливість дітонородження в майбутньому. Описані мотивації не існують у психіці жінки в чистому вигляді, а взаємно доповнюють одна одну на тлі домінування однієї з них.

Безпосередньо перед пологами наростає тривога, проявом якої може бути гіперактивність вагітної, яка бажає прискорити події. Афективні розлади в останньому триместрі спостерігаються в 60-80 % випадків. Описано феномен «перинатальної тривоги» і її вплив на результат вагітності. У вагітної, як правило, виявляється кілька видів тривоги: фізична (коли жінка тяжко переносить фізичні аспекти вагітності); страх за долю малюка; страх перед пологами; страх перед необхідністю догляду за новонародженим; страх перед годуванням немовляти.

**Післяпологова депресія.** Термін «післяпологова депресія» стосується депресивних станів, які виникають після пологів. Вона може з'явитися після народження дитини — і не лише першої,— а іноді навіть після викидня чи штучного переривання вагітності.



**Аборт.** Симптоми післяабортного смутку: почуття провини, звинувачення інших, насамперед батька дитини у перериванні вагітності, депресія, флешбеки (повторення переживання війни як психотравмуючої події), агресивність (як на інших, так і на себе).

**Безпліддя.** Розрізняють абсолютне безпліддя, зумовлене невиліковними змінами в статевому апараті чоловіка чи жінки (дефекти розвитку, оперативне, видалення статевих залоз, травми та ін), і відносне, причини якої можуть бути усунуті. Безпліддя називають первинним, якщо вагітності ніколи не було, і вторинним, якщо раніше жінка була вагітною. За офіційною статистикою, 30% пар, які звертаються до лікарів з приводу безпліддя, страждають на нього через психологічні причини — так зване «психологічне безпліддя». Жінки, хворі на безпліддя та неможливість виносити вагітність часто характеризуються порушеними стосунками із власною матір'ю і неадекватною мотивацією до народження дитини (наприклад панічним страхом пологів).

**Клімактеричний період** — це фізіологічний період у житті людини, який характеризується зворотнім розвитком статевої сфери, який відбувається на тлі загальних вікових змін організму. Ранньою вважається менопауза до 40 років, пізньою — у віці старше 55 років.

*Природна менопауза* – це фізіологічне старіння організму, яке відбувається протягом декількох років із поступовим згасанням репродуктивної функції. Природний клімакс може бути раннім і пізнім. Ранній клімакс – це передчасна менопауза, яка настає у віці 35-45 років. Психологічні проблеми властиві жінкам із раннім початком клімактеричного періоду полягають передусім у сильній тривозі за власне здоров'я і зовнішність, почутті провини і жалю за недостатню реалізацію своєї материнської функції (що не народила ще дітей або, у бездітних, дітей взагалі). Пізній клімакс – менопауза, яка відбулася після 55-50 років. Пізній вік початку клімактеричного періоду певною мірою корисний, оскільки на організм впливають естрогени, які захищають серце і судини, у жінки пізніше починає старіти шкіра та волосся, довше зберігається жіночність фігури. Однак за таких умов зростає ризик раку грудей або раку яєчників.

*Хірургічний клімакс* – штучна менопауза, спричинена оваріектомією, гістеректомією або опроміненням. Оваріектомія – це хірургічна операція видалення яєчника через гнійні запалення, доброякісні та злоякісні пухлини, позаматкові вагітності, рак молочної залози із метастазами; гістеректомія – видалення придатків матки в наслідок злоякісних пухлин або важких запальних процесів. Психоемоційні розлади виникають вже з перших днів післяопераційного періоду, найбільше виражені астеничні і депресивні прояви, рідше зустрічаються фобічні та істеричні. Вегетоневротичні порушення формуються на 3-4 добу після операції та найчастіше виявляються у розладах терморегуляції, тахікардії та підвищенні артеріального тиску. Перебіг хірургічного клімаксу здебільшого залежить від віку проведення операції: чим ближчий він до природної менопаузи, тим легше вона сприймається, а її симптоми практично аналогічні таким, що відбуваються у нормі.

Розрізняють чотири форми сприймання жінкою клімактеричного періоду: байдужість, активне подолання, пристосування, невротична поведінка, яка виявляється у нападах роздратованості, страху, тривоги, загостренні сприйманні звукових і нюхових подразників.

## **ПСИХОЛОГІЯ У СТОМАТОЛОГІЇ**

*Єдина людина, якій я слухаю з відкритим ротом, - мій стоматолог*

Стоматологічна допомога посідає друге місце після терапевтичної за кількістю відвідувань, але перше за негативним сприйняттям процесу лікування. По суті має місце так звана **дентофобія** (стоматофобія) – страх стоматологічного лікування, хронічне психоемоційне напруження перед стоматологічними втручаннями.

*Симптоми стоматофобії:* панічна тривога навіть від думки про візит до стоматолога; підвищене серцебиття, іноді втрата свідомості у стоматологічному кріслі; агресивність, спрямована на лікаря.



Психологічні особливості стоматологічних пацієнтів:

*Психоемоційний стан близький до норми* характеризується адекватною оцінкою власного стану здоров'я, відсутністю схильності до перебільшень негативних наслідків своїх захворювань, розумінням тимчасовості їх характеру,

прагненням активно сприяти процесу лікування. Втім такі пацієнти нерідко відчують незначну тривогу безпосередньо перед стоматологічними втручаннями, але сприймають їх як необхідний засіб піклування про власне здоров'я, крім того вони намагаються регулярно відвідувати стоматологів, займаються профілактикою хвороб ротової порожнини та дотримуються правил особистої гігієни при догляді за зубами.

*Стан легких емоційних порушень* – характеризується ергопатичним ставленням до хвороб ротової порожнини, «втечею у роботу», коли попри біль пацієнти продовжують працювати, займаються самолікуванням, вживають болезаспокійливі, а до лікаря звертаються лише у випадку гострого, нестерпного болю. Втім це відбувається не через страх перед стоматологічним втручанням, а в наслідок певних упереджень на кшталт «стоматологія – це дорого і на цьому можна економити», «зубний біль не має загрози для організму, в найгіршому випадку зуб можна видалити». Стоматологічне лікування такі пацієнти сприймають як засіб позбавлення від болю, нейтрально ставляться до профілактики стоматологічних хвороб.

*Психоемоційний стан середньої важкості* – характерний для пацієнтів, яким властива помірна ситуативна та особистісна тривожність, у їхньому загальному емоційному стані переважають пасивно негативні емоції за домінування апатичного, тривожного та неврастенічного ставлення до захворювань ротової порожнини і стоматологічних втручань. Зокрема, слід відзначити, що таким пацієнтам властиве роздратування, нетерплячість, підвищена чутливість до больових відчуттів, страх несприятливих наслідків лікування, часто недовіра до лікаря, непостійність у виборі стоматолога.

*Складний психоемоційний стан* виявляється у пацієнтів зі збудливим, нестійким типом нервової системи, емоційний фон у них забарвлений сильними негативними емоціями, нерідко спостерігаються прояви агресії, часто неадекватне емоційне переживання психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із процесом стоматологічного лікування.

## ПСИХОЛОГІЯ У ХІРУРГІЇ І ТРАВМАТОЛОГІЇ

*Хірург - озброєний терапевт*

*Передопераційна тривога* – типова психологічна реакція на інформацію про необхідність проведення хірургічної операції. Виражається у сильному занепокоєнні, розладах концентрації уваги, порушеннях сну. *Післяопераційна тривога* клінічно ідентична операційній із порівнянням очікувань і реальності (особливо при операціях, що суттєво впливають на зовнішність людини). Існує зв'язок між передопераційною та післяопераційною тривогою.

Передопераційний психічний стан	Передопераційне ставлення до хвороби	Післяопераційний психічний стан	Психічні властивості особистості
Низька тривога	Оптимістичне заперечення післяопераційного дискомфорту та ускладнень	Агресивність, драгівливість, підвищена больова чутливість	Схильність до надмірного самоконтролю, висока чутливість до зовнішньої

			стимуляції
Помірно виражена тривога	Врахування об'єктивних характеристик небезпеки	Низька ймовірність психічних розладів	Зріла особистість без психічних розладів
Висока тривога	Постійне емоційне напруження	Невпевненість у результативності хірургічного втручання, страх процедур, ретельне виконання усіх призначень	Особи, у яких тривожність є однією з основних рис характеру

Післяопераційний період поділяється на два етапи: найближчий і віддалений. *На найближчому етапі* реакції мають адаптаційний характер, спостерігається уповільненість поведінки, надмірна зосередженість на больових відчуттях, емоційна нестійкість. *Віддалений етап* залежить від результатів операції: якщо результати виправдовують очікування – відбувається регрес патопсихологічних симптомів; у випадку необхідності повторної операції чи за умови виникнення дефектів тіла психічний стан хворих характеризується афективною напруженістю, дисфоріями, страхом болю. При інвалідизуючих чи таких, які спотворюють зовнішність формують стійкі патопсихологічні реакції.

Психологічні реакції травматологічних хворих складаються із оцінки травми та її наслідків (відсутності/наявності загрози життю). При важких травмах першою реакцією є ейфорія з неадекватною оцінкою власного стану, потім – торпідна фаза – пригніченість, зниження реакцій на біль; на віддаленому етапі відбувається адаптація до тривалого лікування, гіпсу, складнощам у пересуванні. Найчастіше психологічна допомога потрібна пацієнтам, які отримали травми внаслідок автодорожніх аварій, вуличного травматизму та надзвичайних ситуацій. Саме у них найчастіше виникає порушення адаптації, безсоння, тривожно-депресивні реакції.

## ПСИХОЛОГІЯ У НЕВРОЛОГІЇ

*Помилки бувають логічні і неврологічні*

**Неврологічні захворювання** - це патологія, хронічний стан організму, пов'язане з розладом центральної та периферійної нервової системою людини.

**Інсульт** – гостре порушення мозкового кровообігу, що спричинює ушкодження тканин мозку і розлади його функцій. До інсультів відносять інфаркт мозку, крововилив у мозок і субарахноїдальний крововилив.

*Найпоширеніші симптоми інсульту:*

- Раптова слабкість, заніміння, параліч половини тіла або обличчя, руки, ноги.
- Раптовий інтенсивний головний біль, який хворі описують як найжахливіший біль у житті.
- Раптове порушення чіткості зору.

- Раптове порушення мовлення (людина не може говорити або розуміти мову).
- Раптове запаморочення, втрата координації рухів, нудота, блювання, іноді втрата свідомості.

При перших проявах симптомів, не зволікаючи, розпізнати інсульт можна на місці. Для цього використовуються три основні прийоми розпізнавання, так звані «УЗП». Для цього треба попросити постраждалого:

У — усміхнутися. При інсульті посмішка може бути кривою, куточок губ з одного боку може бути направлений вниз, а не вгору.

З — заговорити. Вимовити просте речення, наприклад: «За вікном світить сонце». При інсульті часто (але не завжди!) вимова порушується.

П — підняти обидві руки. Якщо руки піднімаються не однаково — це може бути ознакою інсульту.

**Епілепсія** – це група довготривалих неврологічних розладів, що характеризуються виникненням судомних нападів. Якщо епілептичний напад триває більше 5 хвилин, або якщо протягом часу сталося два або більше епілептичних напади без повернення хворого до тями між ними, говорять про *епілептичний статус*, що вважається невідкладним станом. У більшості випадків причина хвороби невідома, але у деяких людей епілепсія виникає внаслідок ЧМТ, інсульту, пухлини головного мозку, зловживання наркотичними речовинами й алкоголем, та з інших причин.

З проявами соціальної стигматизації стикаються майже всі хворі на епілепсію, незважаючи на те, що більшість з них інтелектуально збережені та не мають патологічних змін особистості. Через соціальну стигматизацію деякі хворі можуть заперечувати, що в них виникали епілептичні напади.

**Мігрень** – це хронічний розлад, який характеризується періодичним головним болем середнього та високого ступеня тяжкості, що часто пов'язаний із рядом симптомів вегетативної нервової системи. Діагностику мігрені без аури, згідно рекомендацій Міжнародної асоціації боротьби з головним болем, можна провести за наступними критеріями:

1. Тривалість від чотирьох годин до трьох днів
2. Два чи більше із наступних чинників:
  - Односторонність (вражено півголови);
  - Пульсація;
  - Рівень болю середній або високий;
  - Загострення від фізичної активності або викликане фізичною діяльністю
3. Один чи більше із наступного:
  - Нудота та/або блювота;
  - Чутливість як до світла(світлобоязнь), так і до звуку (фонофобія)

**Множинний склероз** також відомий як **розсіяний склероз** – запальна хвороба, для якої характерне пошкодження захисної оболонки нервових клітин мозку та спинного мозку. Це пошкодження порушує зв'язок частин нервової системи, в результаті чого виникає значна кількість ознак та симптомів, включаючи фізичні, розумові та, іноді, психіатричні проблеми.

Симптоми залежать від місця розташування пошкоджень нервової системи та можуть включати втрату сенситивності або зміни у відчуттях, такі як поколювання, оніміння, слабкість у м'язах, дуже яскраво виражені рефлексії, спазми в м'язах, ускладнення при рухах; труднощі з координацією та балансом (атаксія); проблеми з мовленням або ковтанням, проблеми з зором (нистагм, неврит зорового нерву або двоїння в очах), втому, гострий або хронічний біль, проблеми з травленням. Також часто мають місце проблеми з мисленням та емоційні проблеми, такі як депресія чи нестабільний настрій.

### Предеменція

Найпомітніші розлади пам'яті, що виявляються в ускладненні при спробі згадати недавно завчені факти і в нездатності засвоїти нову інформацію.  
Малопомітні проблеми виконавчих функцій: зосередженості, планування, когнітивної гнучкості і абстрактного мислення, порушення семантичної пам'яті (пам'ять про значення слів, про взаємовідносини концепцій)

### Рання деменція

Прогресуюче зниження пам'яті і агнозія.  
Афазія в основному характеризується збіднінням словникового запасу і зниженою побіжністю мови, що в цілому послаблює здатність до словесного та письмового вираження думок. На цій стадії хвороби людина зазвичай здатна адекватно оперувати простими поняттями при мовному спілкуванні.  
При малюванні, письмі, надяганні одягу та інших задачах з використанням дрібної моторики, людина може здаватися незграбною через певні проблеми з координацією і плануванням рухів

### Помірна деменція

Розлади мови стають очевидними, тому що з втратою доступу до словникового запасу людина все частіше підбирає неправильні слова на заміну забутих (парафраз).  
Також відбувається втрата навичок читання та письма.  
З часом все більше порушується координація рухів при виконанні складних послідовностей рухів, що знижує здатність людини справлятися з більшістю повсякденних завдань. На цьому етапі посилюються проблеми з пам'яттю, і хворий може не впізнавати близьких родичів. Блукання, вечірне загострення, дратівливість і емоційна лабільність, що виявляється в плачі, спонтанній агресії або в опорі догляду

### Важка деменція

На останній стадії хвороби пацієнт повністю залежить від сторонньої допомоги.  
Володіння мовою скорочується до використання одиничних фраз і навіть окремих слів, і в підсумку мова повністю втрачається. Стан хворого характеризується апатією і виснаженням

**Хвороба Альцгеймера**, також Сенільна деменція Альцгеймерівського типу — один з різновидів деменції, що вражає одного з 20 людей віком понад 65 років.  
**Менінгіт** — це запалення м'якої мозкової оболонки, що покриває головний мозок людини і спинний мозок. Найбільш поширеними симптомами менінгіту є головний

біль і ригідність шиї одночасно з лихоманкою, сплутаністю свідомості або зміненим станом свідомості, блювотою і чутливістю до світла (фотофобія) або гучного шуму (фонофобія). У дітей часто виявляються тільки неспецифічні симптоми, такі як дратівливість і сонливість.

*Менінгеальний синдром* — подразнення мозкових оболонок, яке може бути при багатьох інфекціях, інтоксикаціях, менінгітах, підвищенні внутрішньочерепного тиску, субарахноїдальному крововиливі. Симптоми:

- головний біль, який є незвичним для конкретного хворого;
- нерідко блювання без нудоти, яке не приносить хворому полегшення;
- підвищена чутливість до світла, дотику, шуму (гіперестезія);
- ригідність потиличних м'язів — рефлекторне напруження відповідних м'язів через подразнення нервових закінчень: підборіддя неможливо привести до грудини;
- симптом Керніга — зігнути у стегні та коліні ногу неможливо повністю розігнути у коліні;
- інші менінгеальні симптоми або ознаки, що виявляються рідше, ніж ригідність потиличних м'язів та симптом Керніга (симптоми Брудзинського верхній, середній, нижній, Флато тощо).

*Дитячий церебральний параліч (ДЦП)* є узагальнюючим терміном для групи захворювань, які проявляються в першу чергу порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Причинами виникнення церебрального паралічу є порушення розвитку мозку або пошкодженням однієї чи декількох його частин, які контролюють м'язовий тонус та моторну активність (рухи). Перші прояви ураження нервової системи можуть бути видимими відразу після народження, а ознаки формування ДЦП можуть виявлятися ще в грудному віці. Малюки з церебральними паралічами переважно відстають у своєму моторному розвитку і пізніше за всіх досягають таких віх моторного розвитку, як перевертання, сидіння, повзання та хода.

*Спастичні (пірамідні)* форми характеризуються підвищенням м'язового тону, який є визначальним симптомом цього типу. М'язи є напруженими, тугими (спастичними), а рухи є незграбними чи взагалі неможливими. Спастичні форми є найпоширенішими, на них припадає біля 70-80% всіх випадків.

В залежності від того, яка частина тіла вражається, спастичні форми ДЦП поділяються на такі:

- диплегія (обидві ноги)
- геміплегія (одна сторона тіла)
- тетраплегія (все тіло)

*Дискінетична (екстрапірамідна)* форма проявляється порушенням координації рухів. Виділяють два основних її підтипи:

Атетодна (гіперкінетична) форма виявляється за повільними або швидкими неконтрольованими рухами, які можуть проявлятися у будь-якій частині тіла. Включаючи обличчя, рот та язик. Приблизно 10-20% випадків ДЦП відносяться до цього типу.



Атактична форма характеризується порушенням рівноваги та координації. Якщо такий хворий може ходити, то хода є невпевнена і хитка. Пацієнти з цією формою мають проблеми із виконанням швидких рухів та рухами, які вимагають точного контролю, як наприклад малювання олівцем. Така форма становить 5-10% випадків ДЦП.

*Змішана* форма є комбінацією різних форм церебральних паралічів. Поширеним є поєднання спастичних форм з атетодними чи атактичними.

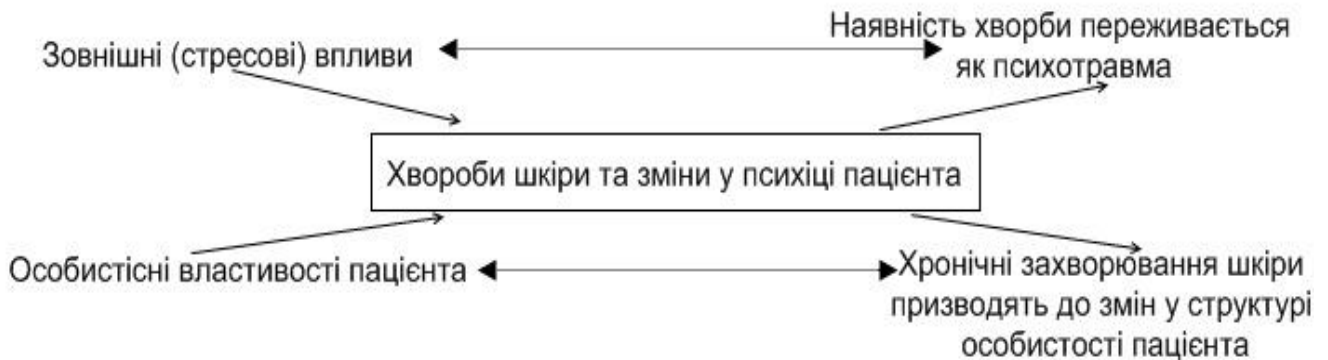
**Черепно-мозкова травма (ЧМТ)** є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Травматичні пошкодження черепа та головного мозку складають 30–40% усіх травм і займають перше місце за показниками летальності та інвалідації серед осіб працездатного віку.



## ПСИХОЛОГІЯ У ДЕРМАТОЛОГІЇ

У дерматологічних хворих насамперед виявляється реакція на косметичний дефект тіла, додатковими джерелами стресу є тривалий хронічний перебіг із періодичними загостреннями, резистентність до терапії, необхідність дотримуватися дієти, відчуття зуду, сором і дискомфорт у спілкуванні, стигматизація через страх бути зараженим.

### Зв'язок внутрішніх і зовнішніх факторів у розвитку хронічних дерматологічних хвороб



Зуд і гіпергідроз є симптомами психосоматичного маскуванню тривожності у дітей. Розвиток псоріазу у понад 50% випадках зумовлений психічною травмою, між травматичною подією та появою хвороби проходить не більш як 3 тижні.

## ПСИХОЛОГІЯ В ОНКОЛОГІЇ

### Фази реагування на злоякісні новоутворення (за Е.Кюблер-Росс)

1	Анозогнозична	невіра в діагноз, намагання лікуватися «народними» засобами, відвідувати цілителів
2	Дисфорична	протест, агресія стосовно оточуючих, суїцидальні спроби
3	Аутосугестивна	прийняття факту хвороби, примирення із необхідністю лікуватися, але головне "щоб не було боляче"
4	Депресивна	втрата надії на одужання, песимізм, пасивність
5	Апатична	"примирення" із долею, очікування смерті, байдужість до зовнішніх і внутрішніх процесів

Онкологічному хворому ніхто і ніколи не може дати гарантії остаточного одужання, все його подальше життя проходить під знаком невизначеності. Неможливість контролювати своє життя в хвороби може призводити до втрати життєвої перспективи, сенсу життя. При захворюванні актуалізуються екзистенційні проблеми (самотність, сенс життя), які здоровими людьми часто усвідомлюються, і в звичайному житті, до хвороби, їм нерідко не приділяється увага. Екзистенційна самотність переплітається із соціальною ізоляцією: оточуючі часто не знають, як

себе вести, хоча й готові надати допомогу хворому. При цьому сам хворий часом не хоче прийняти запропоновану йому допомогу, оскільки перебуває в стані заглибленості у свої переживання.

### **Що онкохворі чекають від своїх родичів і друзів:**

**«Я ще не помер!»** Важкість хвороби призводить до того, що рідні, а особливо друзі, виявляють відстороненість від онкохворої людини, яка при цьому відчуває себе похованою за життя.

**«Просто будь зі мною!»** Хворій людині не обов'язково потрібні слова, для неї важлива фізична присутність іншої близької людини, що зменшує почуття самотності, страху перед болем і смертю.

**«Дозволь мені сказати про свої відчуття і висловити навіть маячні думки!»** Онкохворій людині слід дати можливість виговоритися, суб'єктивне відчуття фіналу життя часто призводить до того що людина боїться лишитися непочутою.

**«Мені погано, коли ти до мене не торкаєшся!»** У онкохворої людини виражене прагнення до тілесних контактів, обійми, торкання дозволяють їй зменшити відчуття самотності, а іноді й сприяють полегшенню больових синдромів.

**«Запитай мене, що я хочу саме зараз!»** Часто друзі кажуть онкохворій людині «Зателефонуй, коли тобі буде потрібно», як правило таке формулювання призводить до мінімізації контактів, людина не звертається за допомогою, натомість вона хоче почути, що друг чи родич зайде сьогодні вечері, вони щось разом робитимуть. Планування спільної діяльності сприяє психологічному комфорту онкохворої людини.

**«Пам'ятай, що в мене є почуття гумору!»** Онкохворі не гірше від інших розуміють гумор, жарти для них так само важливі у лікуванні як і хіміотерапія чи опромінення, часто оточуючі намагаються не жартувати і навіть не посміхатися у присутності онкохворого, що відповідно призводить до посилення відчуття самотності і психологічної смерті для інших.

### **Суб'єктивне переживання онкологічного захворювання залежно від внутрішньої картини хвороби**

Компоненти ВКХ	Ознаки
Чуттєвий (тілесний)	Сильний фізичний дискомфорт, інтенсивний біль, зосередженість на тілесних відчуттях
Інтелектуальний	Існує протиріччя між «бажанням знати» і «страхом знати» про хворобу та її наслідки, що виявляється у прагненні сприймати лише «позитивну» інформацію про свою хворобу і її перебіг. Відсутність адекватної інформації посилює відчуття тривоги та невизначеності
Емоційний	Сильний страх смерті, гнів, образа, сором, виражене почуття провини. Тривога і депресія завжди посилюють фізичний біль
Мотиваційно-вольовий	Терплячість і налаштованість на одужання / байдужість і впевненість у неефективності лікування

## ПСИХОЛОГІЯ ПОМИРАННЯ

**Смерть** — припинення життєдіяльності організму. У теплокровних тварин і людини смерть пов'язана насамперед із припиненням дихання і кровообігу.

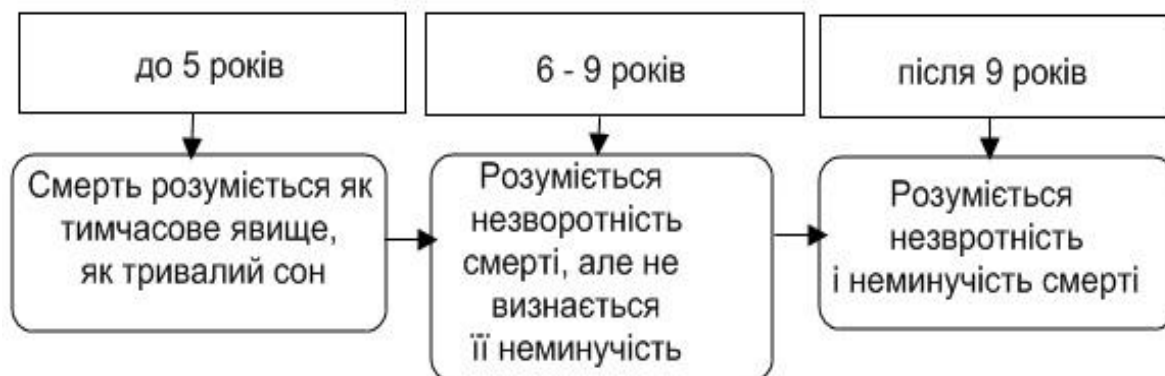
*Джерела страху смерті:*

- Екзистенційний вакуум, відсутність сенсу життя;
- Самотність, соціальна ізоляція;
- Неінтегрований попередній досвід зіткнення зі смертю;
- Перфекціонізм, надмірна схильність контролювати своє життя.

### Стадії смерті

Передагональний стан	Порушення функцій центральної нервової системи (ступор, кома), зниження артеріального тиску, порушення дихання
Термінальна пауза	Раптова зупинка дихання, припинення активності головного мозку
Агонія	Триває від кількох хвилин до 1 години. Посилення серцебиття, падіння артеріального тиску до 30-40 мм р.с. Судоми, спазм скелетної і гладкої мускулатури. Змінюється вигляд людини: обличчя стає блідим або земляним, ніс загострюється, очні яблука западають, рогівка втрачає блиск, рот привідкривається (так звана маска Гіппократа). З органів чуття згасають раніше нюх і смак, потім – зір і вже потім – слух
Клінічна смерть	Відсутні серцева діяльність і дихання. До 5 хв – незворотні зміни в організмі відсутні, після 6-10 хв – відбувається соціальна смерть, декортикація, коли можна відновити серцебиття, але свідомість вже не повертається
Біологічна смерть	Незворотні зміни в органах, до 20 годин ростуть волосся і нігті
Клітина смерть	Припиняється ріст волосся і нігтів, незворотні зміни в органах

### Розвиток уявлень про смерть у дітей



## ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Суїцид (лат. *suicidium*, від *sui caedere*, "вбити себе") є дією умисного спричинення власної смерті.

Існує зв'язок між суїцидальністю та проблемами фізичного здоров'я, а саме: хронічним болем, черепно-мозковою травмою, онкологією, хронічною нирковою недостатністю (на гемодіалізі), ВІЛ-інфекцією. Діагностика онкохвороби подвоює ризик подальшого самогубства. Доля підвищеної суїцидальності спостерігається після лікування депресивних захворювань і алкогольної залежності. У людей із декількома негативними медичними факторами ризик особливо великий. У похилому віці важливим фактором є думка про те, що літня людина стає тягарем для інших.



*Суїцидальна поведінка* — поняття ширше і поряд з суїцидом, включає в себе суїцидальні замаху, спроби та прояви.

*Суїцидальні замаху* — всі суїцидальні акти, котрі не закінчились летально по причині, незалежній від суїцидента.

*Суїцидальними спробами* вважають демонстративно-установчі дії, при яких суїцидент частіше всього знає про безпеку здійснюючого ним акту.

*Суїцидальні прояви* — думки, вислови, натяки, які не супроводжуються будь-якими діями, направленими на позбавлення себе життя.

*Аномічні самогубства* — акт самогубства, що є наслідком неспроможності людини пристосуватися до швидкоплинних умов суспільства.

### Види суїцидальної поведінки

Анонімна суїцидальна поведінка	Найчастіше зустрічається у психічно здорових людей як реакція на нездоланні життєві труднощі та фруструючі події, наприклад хронічні соматичні хвороби із враженим больовим синдромом (онкологія).
Альтруїстична суїцидальна поведінка	Заради блага інших людей, характерна як для психічно здорових осіб, так і при маячних ідеях чи у гіпнотичному стані
Егоїстична суїцидальна поведінка	Реакція не на кризові обставини життя, а позиція стосовно оточуючого світу, при самотності, відчуженості, незатребуваності і нерозумінні іншими

### Мотиви суїцидальної поведінки:

- Переживання образи, самотності, відчуженості, неможливість бути зрозумілим.
- Реальна або уявна втрата батьківської любові, нерозділене кохання (кохання без взаємності), ревності.
- Переживання, пов'язані із смертю одного з батьків, розлучення батьків.
- Почуття провини, сорому, образи, незадоволеності собою.
- Страх перед ганьбою, глузуванням, приниженням.
- Страх перед покаранням.

- Любовні невдачі, сексуальні ексцеси, вагітність.
- Почуття помсти, погроз, шантажу.
- Бажання повернути до себе увагу, викликати жаль, співчуття.

## ПСИХОЛОГІЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ТА НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

*Адиктивна поведінка* – порушення поведінки, що виникає в результаті зловживання різними речовинами, що змінюють психічний стан людини, включаючи алкоголь і тютюн, до того моменту, коли фіксується факт психічної і фізичної залежності. У класифікацію нехімічних адикцій увійшла також Інтернет-залежність. Комп'ютерна залежність розглядається як альтернативна форма адаптації до життєвих умов, як засіб самореалізації та емоційно-психічної регуляції.

Операційні критерії, в сумі визначають залежність (за М. Гріффітс):

- пріоритетність (salience) — улюблена діяльність набуває першочергового значення і переважає в думках, почуттях і вчинках (поведінці) ;
- зміна настрою (mood modification) — супроводжує станом поглибленість діяльністю (прикладом можуть служити стан емоційного підйому або, навпаки, набуття спокою при переході до улюбленого заняття) ;
- толерантність (tolerance) — кількісне збільшення параметрів діяльності для досягнення звичного ефекту ;
- симптоми відміни (withdrawal symptoms) — виникнення неприємних відчуттів або фізіологічних реакцій при втраті або раптове скорочення можливостей займатися улюбленою діяльністю ;
- конфлікт (conflict) — виникнення протистояння в різних формах і видах : конфлікти інтрапсихічні, міжособистісні (з оточуючими людьми), з іншими видами діяльності (робота, соціальне життя, хобі та інтереси) ;
- рецидив (relapse) — повернення до улюбленої раніше діяльності, іноді після багаторічного абстинентного періоду.

*Алкоголізм* — сукупність шкідливих звичок, пов'язаних із зловживанням алкоголем, впливів на здоров'я, життя, працю і добробут людей. Психологічно має дві стадії: звичка та хвороба.

Алкоголізм, або алкогольна залежність, асоціюється з рядом ознак:

- Хворобливий потяг до алкоголю;
- Ріст толерантності (зростає витривалість до великої кількості алкоголю);
- Втрата кількісного контролю;
- Наявність синдрому відміни або абстинентного синдрому.

*Розрізняють три стадії розвитку алкоголізму.* Залежно від стадії, існують різні способи лікування алкоголізму.

Перша стадія. Перша стадія алкоголізму триває приблизно 5-10 років і характеризується розвитком психологічної залежності, систематичним вживанням алкоголю, зниженням рівня кількісного і ситуативного контролю за вживанням алкоголю. Також підвищується рівень толерантності до алкоголю, зникає рвотний



рефлекс. Під час першої стадії захворювання спостерігаються порушення пам'яті, функціональні розлади психіки і погіршення фізичного стану.

Друга стадія. Під час другої стадії алкоголізму розвивається фізична залежність від алкоголю. При цьому є з'являються періоди запоїв, абстинентний синдром і алкогольні психози та інші психічні порушення. За даними ВООЗ, від алкогольних психозів страждають 10% тих, хто хворіє алкоголізмом. Друга стадія алкоголізму характеризується високим рівнем толерантності до алкоголю і деградацією особистості.

Третя стадія. Третя стадія алкоголізму характеризується посиленням фізичної залежності, розвитком сильного абстинентного синдрому, зниженням толерантності (повернення рвотного рефлексу), наростанням психічної і соціальної деградації та серйозними психічними порушеннями. Третя стадія алкоголізму є наслідком тяжкої токсичної дії алкоголю.

**Наркоманія** – група хвороб, що виникає внаслідок систематичного, у наростаючій кількості вживання речовин, які включені до затвердженого на офіційному рівні списку наркотиків (такий поділ передумовлений передовсім правовими, а не медичними чинниками, - адже з клінічних позицій наркоманії та токсикоманії патогенетично досить схожі). Проявами наркоманії є психічна і фізична залежність від цих речовин, а також розвиток абстиненції внаслідок



припинення їх прийому.

**Співзалежність** – патологічний стан, що характеризується глибоким проникненням і сильною емоційною, соціальною або навіть фізичною залежністю від іншої людини. Найчастіше термін вживається по відношенню до родичів і близьких алкоголіків, наркоманів та інших людей з якими-небудь залежностями, але далеко не обмежується ними.

*Ознаки стану співзалежності:*

- Омана, заперечення, самообман;
- Компульсивні дії;
- «заморожені» почуття;
- Низька самооцінка, ненависть до себе, почуття провини;
- Придушений гнів, неконтрольована агресія;
- Контроль за іншою людиною, нав'язлива допомога;
- Зосередженість на інших, ігнорування своїх потреб, психосоматичні захворювання;
- Проблеми спілкування, проблеми в інтимному житті, замкнутість, депресивна поведінка, суїцидальні думки.



*Ролі співзалежної людини (Трикутник Кармана):*

- Роль «рятівника»;
- Роль «переслідувача»;
- Роль «жертви».

# ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

*Екстремальними* в побутовому спілкуванні найчастіше називають ситуації, що загрожують здоров'ю і самому життю людини. Суб'єктивно екстремальні ситуації набувають форми екстремальності - особливого стану людської психіки (*екстремум-стану*), спричиненого незвичними чи екстраординарними умовами, що породжують підвищену тривожність та особливу емоційну напруженість.

## Гостра стресова реакція

Транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається в осіб без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес і який зазвичай проходить протягом годин або днів. Стресом може бути сильне травматичне переживання, включаючи загрозу безпеці або фізичній цілісності індивіда чи близької особи (наприклад, природна катастрофа, нещасний випадок, битва, злочинна поведінка, зґвалтування) або незвично різка і загрозна зміна у соціальному положенні і /або оточенні хворого, наприклад, втрата багатьох близьких або пожежа в будинку. У момент стресу виникає фіксація на таких механізмах захисту, як екстремальна ідентифікація, витіснення. В результаті можливі зміни свідомості, порушення сприйняття і поведінки.

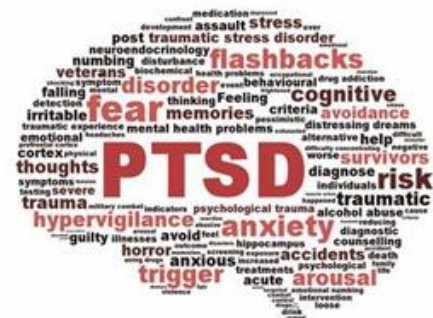
Для постановки діагнозу повинна бути обов'язковий і чіткий зв'язок між впливом незвичайного стресора і початком симптоматики; початок зазвичай негайний або через кілька хвилин. До того ж, симптоми є змішаними тобто до ініціального стану додаються депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність, але жоден з симптомів не триває довго; симптоми припиняються швидко (щонайбільше протягом кількох годин) в тих випадках, де можливе усунення стресової обстановки. У випадках, де стрес продовжується або за своєю природою не може припинитися, симптоми зазвичай починають зникати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

**ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)** – це запізніла і / або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (наприклад, природні або штучні катастрофи, битви, серйозні нещасні випадки, спостереження насильницькою смертю інших, у жертви катувань, тероризму, зґвалтування або іншого злочину).

Основний прояв PTSD (F43.1 за МКХ-10):

1) Постійне повернення людини до переживань, пов'язаних з травмуючою подією:

- нав'язливі, постійно повторювані, неприємні емоційні переживання, спогади про пережите;
- постійно повторювані сни і нічні кошмари, пов'язані з психотравмуючою подією (так званий "флешбек"-ефект);
- спалахи негативних емоційних станів, спровокованих подіями, що асоціюються з обставинами психотравми.





2) Стійке прагнення людини уникати усього, що хоча б віддалено може нагадувати йому про травму:

- прагнення уникати будь-яких думок або ситуацій, що викликають спогади про травму;

- нездатність відтворити в пам'яті основні, важливі елементи ситуації, що травмувала;

- помітна втрата колишніх інтересів і захоплень;

- почуття відчуженості, відгороженості від оточуючих з формуванням своєрідного відходу від навколишнього реального світу;

- помітне зниження позитивних емоційних переживань;

- невпевненість у майбутньому;

3) Прояви підвищеної збудливості, яка була відсутня до травми:

- труднощі із засинанням або сном;

- підвищена дратівливість або вибухи гніву;

- утруднення при необхідності сконцентрувати увагу;

- гіпертрофована пильність і різкі реакції на раптові подразники;

- сомато-вегетативні розлади в ситуаціях, що нагадують психотравмуючу.

### **Посттравматичний стресовий розлад у проекті МКХ-11.**

Робоча група з підготовки діагностичних критеріїв МКХ-11 (її видання планується на 2018 р.) для розладів, викликаних стресом, представила свій проект нового розділу міжнародної класифікації.

Пропозиції робочої групи, що стосуються окремих розладів, включають:

- вужчу концепцію ПТСР, яка не дозволяє ставити діагноз на основі лише неспецифічних симптомів;
- нову категорію «комплексний ПТСР» («complex PTSD»), яка, окрім стрижневих симптомів ПТСР, охоплює три групи симптомів;
- новий діагноз «продовжена реакція горя», який використовується для характеристики пацієнтів, які відчувають інтенсивну, хворобливу, що приводить до втрати працездатності реакцію на важку втрату;
- суттєвий перегляд діагностики «розладів адаптації», що включає конкретизацію симптомів;
- перегляд концепції «гострої реакції на стрес» у контексті уявлень про цей стан, як про нормальне явище, яке, однак, може потребувати клінічного втручання.

*Основні симптоми ПТСР (F43.1) за МКХ-11:*

- труднощі у регуляції емоцій,
- відчуття себе приниженою, переможеною, нічого не вартою людиною,
- труднощі у підтримці міжособистісних стосунків.

**Комплексний ПТСР** – це нова діагностична категорія, яка замінює охоплену нею категорію МКХ-10 F62.0 «Стійка зміна особистості після переживання катастрофи», яка не стала предметом широких наукових досліджень і не включала розлади, що виникають через тривалий стрес у ранньому дитинстві. Дана симптоматика може виникнути після впливу єдиного травматичного стресора, але



частіше виникає після важкого пролонгованого стресу або множинних чи повторюваних небажаних подій, уникнути вплив яких було неможливо (наприклад, вплив геноциду, сексуальне насильство над дітьми, перебування дітей на війні, жорстоке побутове насильство, тортури або рабство).

**Пролонгована реакція горя.** Нова категорія в МКХ-11. Існування цієї діагностичної одиниці було підтверджено у різних культурах. Центральний компонент пролонгованої реакції горя (туга за померлим) не залежить від неспецифічних симптомів тривоги і депресії. При цьому дані переживання не чутливі до лікування антидепресантами (тоді як депресивні синдроми, пов'язані з втратою, чутливі), а психотерапія, стратегічно націлена на симптоми пролонгованої реакції горя, демонструє більшу ефективність у полегшенні її проявів, ніж лікування, спрямоване на депресію. Люди з пролонгованою реакцією горя мають серйозні психосоціальні проблеми і проблеми зі здоров'ям, включаючи інші проблеми психічного здоров'я, такі як суїцидальна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, саморуйнівну поведінку або соматичні розлади, такі як високий артеріальний тиск і підвищена частота серцево-судинних захворювань.

**Розлад адаптації (F43.2).** Реакція недостатньої адаптації до стресової події, на тривалі психосоціальні труднощі або на комбінацію стресових життєвих ситуацій, що, як правило, виникає протягом місяця після впливу стресора і має тенденцію до вирішення протягом 6 місяців, якщо стресовий фактор не зберігається на триваліший термін. Реакція на стресор характеризується симптомами стурбованості проблемою: надмірним занепокоєнням, рецидивними і болісними думками про стресор або постійними роздумами про його наслідки. Наявна нездатність адаптуватися, тобто симптоми заважають повсякденному функціонуванню, виникають труднощі з концентрацією уваги або порушення сну, що призводять до порушення працездатності. Симптоми також можуть бути пов'язані з втратою інтересу до роботи, суспільного життя, турботи про інших, дозвілля, що призводить до порушень у соціальному чи професійному функціонуванні (обмеження кола спілкування, конфлікти в родині, прогули на роботі тощо). *Якщо критерії діагностики підходять для іншого розладу, то цей розлад слід діагностувати замість розладу адаптації.*

**Гострий стресовий розлад (ASD)** вперше представлено як нозологічну категорію у DSM-IV. Діагностується у період від 2-х днів до 1 місяця після травматизації і підвищує ризик виникнення ПТСР у майбутньому (діагноз ПТСР ставиться не раніше ніж через місяць після травматичної події).

Згідно із МКХ-10 Гострий стресовий розлад (F43.0) – це транзиторний розлад, яке розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес. Цей стан може супроводжуватися подальшим «відходом» із ситуації (до стану дисоціативного ступору – F44.2) або ажитацією і надмірною активністю (реакція фуґи). Зазвичай присутні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння).

У проекті МКХ-11 Гостра реакція на стрес (F43.0) визначається як транзиторний стан і відноситься до переліку станів, що не є розладами і включені в розділ Z «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення і звернення до закладів

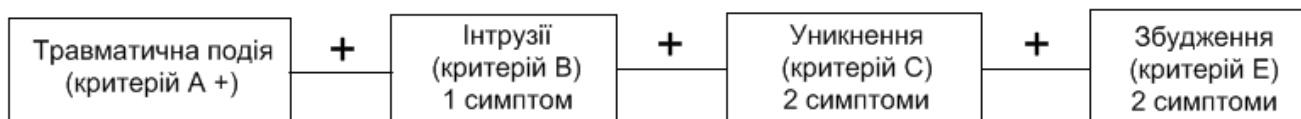
охорони здоров'я». Відповідно в МКХ-11 немає необхідності у діагностиці гострого стресу за типом гострого стресового розладу DSM-5. Віднесення гострої реакції на стрес до розділу Z МКХ-11 дозволить працівникам охорони здоров'я бути готовими розпізнавати гостру реакцію на стрес і надавати допомогу не вважаючи людей хворими на психічні розлади. При таких реакціях кориснішою є практична психосоціальна допомога, а не психіатрична. Такий підхід у МКХ-11 нині позначений як первинна психологічна допомога.

Якщо симптоми гострої реакції на стрес не починають зменшуватися протягом приблизно тижня після їх початку, слід розглянути необхідність діагностувати розлад адаптації або ПТСР, в залежності від клінічних проявів. Гостра реакція на стрес може супроводжуватися суттєвим порушенням особистісного функціонування на додаток до суб'єктивного дистресу, порушення функціонування не є обов'язковою ознакою гострої стресової реакції.

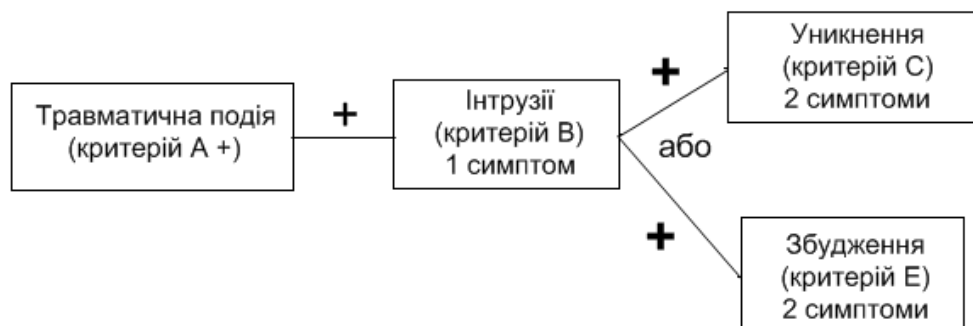
У DSM-IV гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад були класифіковані як тривожні розлади. У проєкті МКХ-11 і в DSM-5 створена окрема група розладів, пов'язаних зі стресом. Робоча група МКХ рекомендує уникати поширеного, але такого, що вносить плутанину, терміну «розлади, пов'язані зі стресом», враховуючи, що численні розлади можуть бути пов'язані зі стресом (наприклад, депресія, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин), але можуть також виникати при відсутності ідентифікованих стресових або травматичних життєвих подій. Спробою відобразити цю відмінність в проєкті МКХ-11 став термін «розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом» («disorders specifically associated with stress»), який використовується для таких розладів як ГСР і ПТСР. Гостра реакція на стрес залишається в DSM-5 в групі розладів, пов'язаних зі стресом, але в результаті визнання неоднорідності реакцій на стрес в ній більше немає вимог до наявності спеціальних кластерів симптомів і вона не розглядається в якості попередника ПТСР.

ПТСР є багатовимірним поняттям, що репрезентує континуум реакцій на стрес, а не дискретним психопатологічним синдромом. Враховуючи це, слід виділяти у якості окремої нозологічної категорії частковий або підпороговий (субклінічний) ПТСР. У DSM-IV (1994) класифікація ПТСР відсутня, а відповідно й підпороговий ПТСР не виділений окремо. Термін субклінічний або підпороговий ПТСР відноситься до розладу, при якому травмований пацієнт має деякі симптоми ПТСР, але вони недостатньо серйозні, щоб відповідати критеріям DSM-IV для клінічного діагнозу ПТСР. Дистрес і порушення функцій подібні до тих, що спостерігаються у людей з діагнозом ПТСР, але людина не має необхідної кількості симптомів повторних переживань, уникнення та надмірного збудження.

### Клінічний ПТСР



### Субклінічний (підпороговий) ПТСР



Субклінічний ПТСР може бути результатом часткового відновлення від повного синдрому (субклінічний ПТСР діагностується у період до 3-х років після травматичної події) або від проявом симптомів після травматичного переживання, все це слід враховувати при організації медико-психологічної допомоги зокрема й учасникам бойових дій.

На відміну від пацієнтів із клінічним ПТСР, які повинні проходити лікування у спеціалізованих психіатричних стаціонарах, особи із підпороговим (субклінічним) ПТСР отримують медико-психологічну допомогу на базі центрів первинної медичної допомоги (у наших реаліях – амбулаторіях сімейної медицини).

**Парадокс травми** полягає у тому, що вона зумовлює посттравматичне зростання. При цьому чим сильнішою була психотравма, тим вираженим буде посттравматичне зростання, однак воно можливе лише за умови комфортного мікросередовища, наявності значущих осіб і кола підтримки (будь то родина чи колеги військовослужбовця). **Бойовий парадокс** містить два окремі, але тісно пов'язані між собою компоненти: *парадокс травми* та *ПТСР парадокс*. Згідно із парадоксом травми, всі травми зумовлюють психічні розлади, які є нормальними реакціями на травму, відсутність психічних реакцій на травматичну подію свідчить про психопатологію, що більше вимагає корекції, ніж травматичні стресові розлади (Mayes, 2014). Натомість відповідно до ПТСР парадоксу, симптоми, реакції та поведінка, пов'язані із ПТСР є нормативними лише у незначний проміжок часу після травматизації, а згодом можуть трансформуватися у психічні порушення, що вимагають медичної та психологічної корекції. Тому не слід «психопатологізувати» нормальні реакції демобілізованих учасників бойових дій, узалежнювати їх лікарів і психологів; прискорювати нормальний процес відновлення після психотравми (часто штучним запереченням значущості травми для військового); наголошувати на «проблемності», «психічній меншовартісності» учасників бойових дій, по суті стигматизувати їх діагнозом ПТСР; не враховувати особистісні ресурси військовослужбовця у подоланні психотравми та базуватися на патерналістському підході до їх медико-психологічної реабілітації.

Слід зазначити, що бойовий парадокс є багатовимірним поняттям та охоплює низку інших парадоксів, представлених у таблиці<sup>4</sup>.

Компоненти бойового парадоксу військовослужбовців

Назва парадоксу	Парадоксальні думки, емоції та патерни поведінки	
Парадокс скромності (Modesty paradox)	Моя служба повинна отримати визнання, Я пишаюсь тим, що захищав країну	Не слід дякувати мені, це моя робота, Я не хочу розповідати про війну
Парадокс змішаних емоцій (Mixed emotions paradox)	Я щасливий бути вдома	Я тривожусь за побратимів, які ще служать, Мені сумно і тривожно
«Тут-і-там» парадокс (Back-there paradox)	Я щасливий, що повернувся до родини, Я хочу бути дома, Вдома немає жодних перспектив	Я хочу повернутись на війну, Я хочу до побратимів, Я хочу бути там, де я більше потрібен (тобто на війні)
Парадокс Кандзі (Kanji paradox)	Я щасливий, що вижив	Краще б мене вбили, Шкодую, що не загнув сам і не врятував друга
Парадокс Морфея (Morpheus paradox)	Я фізично і психічно виснажений	Я не можу заснути, Я постійно у стані готовності до дій
Парадокс мужності (Courage paradox)	Я пишаюсь тим, що я гарний воїн	Люди вважатимуть мене слабким, якщо я звернусь за допомогою, Виразити емоції є свідченням слабкості
Парадокс ахалазії (Aschaliasia paradox)	Я хочу отримувати задоволення від життя	Я не можу розслабитися та відпочити
Парадокс інтимності (Intimacy paradox)	Важливо бути відкритим у стосунках зі своєю сім'єю, Я відчуваю, що мене люблять	Слід тримати дистанцію від членів своєї сім'ї, Я не можу виразити свої емоції
Парадокс безпеки (Safety paradox)	Я не боюсь смерті	Світ – небезпечний
Парадокс тиші (Silence paradox)	Я хочу «викинути все з голови», Мені треба виговоритись	Я не можу підібрати слів, щоб розповісти про те, що відчуваю
Парадокс прийняття ризику (Risk-taking paradox)	На війні не слід ризикувати, слід діяти обдуманно	Без ризику не буває перемог
Парадокс сенсу	Слід отримувати задоволення	Сенс життя у смерті, Я не

<sup>4</sup> За допомогу у створенні даної таблиці та її описі автори вдячні психотерапевту Черкаського обласного госпіталю ветеранів війни Мельник О.В.

життя (Life– meaning paradox)	від життя, Я розумію, що в житті важливо	бачу сенсу жити
----------------------------------	---	-----------------

Розглянемо кожен парадокс детальніше.

**Парадокс скромності** зазвичай є наслідком впливу ЗМІ на свідомість пересічних громадян, так, з одного боку учать у бойових діях і захист Вітчизни – це обов’язок кожного громадянина, частина професійної діяльності військового (звідси «не слід дякувати мені»), а з іншого – в АТО брали участь лише 1-2% від усього призивного населення України (звідси – «я хочу отримати визнання»). Даний парадокс є абсолютно нормальним для учасників бойових дій, а тому слід вчити їх не реагувати ні гнівом, ні роздратуванням на надмірні питання щодо служби або ж навпаки – невизнання заслуг.

**Парадокс змішаних емоцій** також абсолютно нормальна реакція учасників бойових дій, тривожним симптомом є зміна радості на сум, щастя на гнів протягом 5-10 хвилин. Якщо рідні та друзі помічають таку часту зміну діаметрально протилежних емоцій, військовому необхідна відповідна медико-психологічна допомога, поглиблена діагностика ймовірних розладів. Якщо людині складно самій проаналізувати власний емоційний стан, їй потрібно вести щоденник емоцій, де відмічати як часто і коли протягом дня одні емоції змінювалися на прямо протилежні.

**«Тут-і-там» парадокс** зумовлений браком сильних емоцій у мирному житті, сумом за бойовою обстановкою, де кожен відчуває себе залученим до виконання важливих завдань. Зазвичай цей парадокс властивий на ранніх етапах демобілізації, але якщо військовий вирішує знову повернутися на фронт, ілюзорні уявлення про «там краще» швидко зникають, а після наступного повернення додому вплив парадоксу «тут-і-там» на соціальне функціонування учасника бойових дій мінімізується, парадокс стає неактуальним.

**Парадокс Кандзі** походить від китайської культури, в основі якої лежить почуття сорому та провини. Ці почуття властиві й українцям, для яких прикладами героїзму була загибель (наприклад, козаків) за Батьківщину та врятований побратим, а не своє життя. Цей парадокс має іншу назву – «моральна травма», при її вираженості слід працювати із почуттями провини та сорому, акцентувати увагу на цінності власного життя і своєї життєвої місії.

**Парадокс Морфея** (Морфей – у давньогрецькій міфології бог сновидінь, син Гіпноса) стосується безсоння – найбільш поширеної скарги учасників бойових дій. В одних випадках безсоння зумовлене станом гіперзбудження, а в інших – страхом сновидінь, що нагадують про військові дії. Такі реакції є цілком нормальними після демобілізації, а більше шкодить здоров’ю не власне стан безсоння, а думки про нього, сприймання неможливості заснути чи переривчастого сну як патологічних станів, що вимагають медикаментозної корекції. Досвід зарубіжних країн свідчить, що нормалізації сну сприяють медитативні практики, прогулянки перед сном, ритуали підготовки до сну та психокорекція страху безсоння.

**Парадокс мужності** зумовлений надмірною героїзацією військових, що призводить до дисимуляції, небажанні звертатися за допомогою при виникненні проблем, страхом здатися слабким і некомпетентним. Робота психолога при цьому

зводиться до психоедукації, поясненні важливості медико-психологічної допомоги, яка не є показником слабкості, а навпаки – частиною роботи військовослужбовця (турбота про стан свого фізичного та психічного здоров'я не менш важлива ніж участь у бойових діях).

**Парадокс ахалазії** полягає у неможливості відпочивати, невмінні керувати своїм вільним часом. Психолог навчає учасника бойових дій навичкам релаксації та допомагає оволодіти основами тайм-менеджменту.

**Парадокс інтимності** часто зумовлений страхом повторної мобілізації, вимушеної розлуки з рідними, при цьому збереження дистанції у стосунках, на думку учасників бойових дій убезпечує їх та їхніх близьких від важких емоційних переживань. Психологічна допомога спрямована не лише на розвиток відкритості та довіри у власне військовослужбовців, а й у членів їх сімей, навчанні близьких розумінню емоційних станів учасників бойових дій, навичкам ефективної комунікації.

**Парадокс безпеки** виявляється у тому, що попри відсутність страху смерті, учасники бойових дій відчують необхідність носити зброю для особистої безпеки й у мирному житті. Мінімізувати негативний вплив цього парадоксу можливо шляхом психоедукації, поясненні можливості через необережність завдати поранень не так собі, як своїм близьким, особливо це важливо, якщо у родині є маленька дитина, яка може знати зброю та використати її як іграшку.

**Парадокс тиші** характеризується насамперед небажанням відповідати на питання «А ти вбивав?». Психолог повинен поважати почуття учасника бойових дій і якщо він не готовий розповідати про свої переживання та працювати з ними, запитати чи є у нього хтось, з ким він може про це відкрито говорити, чиїх реакцій не боїться і кому цілком довіряє. Зазвичай це побратими, ті, з ким пережиті найскладніші моменти бойових дій.

**Парадокс прийняття ризику** полягає у перенесенні навичок виживання у воєнному житті на мирне життя. Якщо на війні ризиковані дії часто призводили до перемоги, що екстрим у повоєнному житті часто зумовлює протилежні наслідки (вживання наркотиків, водіння авто у нетверезому стані, перевищення швидкості тощо). Психологічна допомога зазвичай зводиться до психоедукації щодо ймовірних наслідків ризикової поведінки, навчанню комплексу фізичних вправ для зняття напруження та заохочення до участі у змагальних видах спорту.

**Парадокс сенсу життя** полягає у зміні цінностей після участі у бойових діях, коли на перший план виступають відданість, любов, дружба, взаємопідтримка, однак виявляються такі реакції як гнів і роздратування у ситуаціях, які людина не може контролювати. Відповідно, учасників бойових дій слід навчати навичкам контролю над гнівом і агресією.

## РОЗДІЛ 4. ПСИХОДІАГНОСТИКА У РОБОТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

### ПОПУЛЯРНА ПСИХОДІАГНОСТИКА

#### Діагностика апатії

*Інструкція:* уважно прочитайте кожне твердження, та відзначте, які симптоми характеризують зараз саме Вас.

1. У Вас нещодавно була стресова ситуація або сильні емоційні переживання.
2. Ви довго не відпочивали у колі друзів і близьких.
3. Ви відчуваєте безсилля та напруженість одночасно.
4. У Вас постійно виникають думки про безвихідь і Ви перестали доглядати за собою.
5. Зникло бажання що-небудь робити і кудись ходити.
6. Вас ніщо не радує і Ви не отримуєте задоволення від життя.
7. Ви більше не вірите в те, що раніше надавало сили та допомагало розслабитися.
8. Ви пасивно реагуєте на вимоги оточуючих.
9. Вдень Ви спите, а вночі маєте безсоння.
10. Вас турбують болі в районі голови і сонячного сплетіння.
11. Все, що відбувається з Вами відчувається в уповільненому темпі.
12. Думки про спілкування з оточуючими або незнайомими людьми викликають занепокоєння та бажання сховатися.
13. У вас постійне відчуття втоми і сонливості, Вам важко прокидатися і засинати.



*Обробка результатів:* якщо Ви виявили у себе 4-5 симптомів –можна говорити про схильність до апатії.

#### Діагностика залежності від роботи (за методикою Г.Лозової)

*Інструкція:* Уважно прочитайте твердження і, не роздумуючи дуже довго, оберіть один із варіантів відповіді: Ні –1 бал; Мабуть ні – 2 бали; Складно відповісти –3 бали; Мабуть так – 4 бали; Так – 5 балів.

1. Я весь час думаю про роботу, про те, як зробити її краще.
2. Я не вмію відпочивати та відчуваю себе погано під час вихідних.
3. Близько часто скаржаться, що я постійно працюю.
4. Міра цінності людини полягає в тому, на скільки вона віддана роботі.
5. Я вважаю, що людина повинна працювати на совість, адже гроші це не головне.





### *Обробка результатів:*

5-11 балів – залежності немає або вона слабо виражена;

12-18 балів – помірний ступінь залежності;

19-25 балів – виражена залежність.

### **Діагностика залежності від здорового способу життя** (за методикою Г.Лозової)

*Інструкція:* Уважно прочитайте твердження і, не роздумуючи дуже довго, оберіть один із варіантів відповіді: Ні –1 бал; Мабуть ні – 2 бали; Складно відповісти –3 бали; Мабуть так – 4 бали; Так – 5 балів.

1. Я активно цікавлюся проблемами здоров'я.
2. На підтримку здоров'я не шкодую ні сил, ні грошей, ні часу.
3. Я читаю медичні журнали і газети, дивлюся Інтернет-сторінки та передачі про здоров'я.
4. Я намагаюся невідступно дотримуватися правил здорового способу життя.
5. Я турбуюся за здоров'я близьких, намагаюся залучити їх до здорового способу життя.



### *Обробка результатів:*

5-11 балів – залежності немає або вона слабо виражена;

12-18 балів – помірний ступінь залежності;

19-25 балів – виражена залежність.

### **Чи контролюєте Ви свої емоції?**

*Інструкція:* Уміння контролювати себе допомагає людині в потрібний момент справитися зі своїми емоціями, почуттями і бажаннями, зберегти самовладання і працездатність. Наш тест покаже, який ваш рівень самоконтролю.

1. Переслідуючи свої цілі, я вмію бути таким, яким мене хочуть бачити інші  
Так – 1; Ні – 0
2. Під час суперечки я часто перебиваю співрозмовника, доводячи свою правоту  
Так – 0; Ні – 1
3. Мені важко приховувати своє ставлення до людини, якщо вона мені неприємна  
Так – 0; Ні – 1
4. Якщо необхідно, мені легко вдається стримати спалах гніву  
Так – 1; Ні – 0
5. Іноді я не можу забути слова якоїсь пісні і цілий день її наспівую  
Так – 0; Ні – 1
6. Коли мені дуже смішно, я голосно сміюся навіть у неналежній обстановці  
Так – 0; Ні – 1
7. Мені важко продовжити роботу після критики керівника  
Так – 0; Ні – 1
8. Я можу займатися своєю справою навіть у незручній обстановці.  
Так – 1; Ні – 0
9. Сторонні думки часто заважають мені зосередитися  
Так – 0; Ні – 1

10. Мене дуже легко вивести з себе  
Так – 0; Ні – 1
11. Я швидко захоплююся і є азартною людиною  
Так – 0; Ні – 1
12. Мені не раз говорили, що у мене чудові акторські здібності  
Так – 1; Ні – 0
13. Часто через співчуття до людини я не можу відмовити їй у проханні  
Так – 0; Ні – 1
14. Я рідко здійснюю необачні вчинки  
Так – 1; Ні – 0
15. Якщо треба, я можу не спати всю ніч, а наступного дня продуктивно працювати  
Так – 1; Ні – 0
16. Я часто забуваю, куди кладу різні речі  
Так – 0; Ні – 1
17. Мені буває складно змусити себе працювати, якщо я знаю, що це не терміново  
Так – 0; Ні – 1
18. Мені важко стримувати свою цікавість  
Так – 0; Ні – 1
19. Я рідко запізнююсь  
Так – 1; Ні – 0
20. Для мене не складає особливих труднощів робота, що вимагає підвищеної уважності  
Так – 1; Ні – 0

*Обробка результатів:*

Підсумуйте бали і ознайомтеся з результатами.

**0-4 бали.** Вам властиві надмірна чутливість, спонтанність. Ваша непередбачуваність і часто необов'язковість можуть негативно позначитися на ставленні до Вас роботодавців або знайомих. Однак такий низький рівень самоконтролю може бути пов'язаний із особливою витонченістю Вашої натури.

**5-10 балів.** Вам властива імпульсивність і нестійкість в намірах. Однак у критичних ситуаціях Ви вмієте брати себе в руки і досягати поставлених цілей.

Можливий шлях до розвитку самоконтролю - це підвищення впевненості в собі.

**11-16 балів.** Вам властиві емоційна стійкість, добре володіння собою в різних ситуаціях. Ви прагнете до виконання наміченого, вмієте не відволікатися на альтернативи і не піддаватися спокусам. При цьому Ви досить гнучкі і можете розслабитися, якщо відчуваєте, що ситуація дозволяє це зробити

**17-20 балів.** Ви вмієте справлятися з емоціями і не демонструвати оточуючим свої хвилювання. Однак такий високий рівень самоконтролю може привести до підвищення внутрішнього напруження й стати причиною деяких (наприклад, серцево-судинних) хвороб.



## Сова чи жайворонок?

Сова або Жайворонок – як визначити свою приналежність до тієї чи іншої групи? Жайворонки прокидаються рано вранці без особливих зусиль, їх працездатність залишається максимальною в першій половині дня, але після обіду запас енергії поступово вичерпується, а до вечора вони вже почуваються стомленими і готовими йти спати.



Сови ж насилу піднімаються по дзвінку будильника, воліючи відсунути час пробудження «на пізніше». Весь ранок вони не відчують жодного бажання їсти, рухатися і взагалі щось робити, але потім поступово «розгойдуються» і вливаються в роботу. Цей стан бадьорості триває до пізнього вечора, і тільки після 12:00 ночі Сови

відчують бажання заснути.

Крім перерахованих виділяють ще проміжний тип. Таких людей називають Голубами, але зараз ми не будемо говорити про них, оскільки проблем із режим дня у них практично не має, а ось Сови та Жайворонки часом відчують дискомфорт зв'язку зі своїми особливостями. Цей короткий тест дозволить визначити ким Ви є – Жайворонком чи Совою.

Дайте відповіді на питання тесту, який допоможе вам визначити, яким птахом ви є.

1. На сніданок Ви віддаєте перевагу:

- а) Склянці кави, чаю або соку.
- б) Бутерброду або вареному яйцю.
- в) Чомусь суттєвішому.

2. Під час відпустки або у вихідні Ви прокидаєтеся приблизно в той самий час, що і в робочі дні?

- а) Так, робите це за звичкою.
- б) Ні.
- в) Коли як.

3. Наскільки точно Ви здатні визначити проміжок часу, рівний хвилині, не користуючись годинником? Попросіть близьких допомогти вам виконати це завдання. Отриманий результат:

- а) Більше хвилини.
- б) Менше хвилини.
- в) Практично вгадали.

4. Згадайте, в який час доби Ви найчастіше з ким-небудь сваритеся:

- а) Ближче до вечора, коли позначається втома.
- б) Вранці, коли Ви не в настрої.
- в) Не можете точно сказати.

5. Припустимо, якби вибір часу відпочинку не був прив'язаний до Вашої роботи, о котрій ви б лягали спати?

- а) Близько опівночі.

б) Приблизно після години ночі.

в) Близько 22.00.

6. Подумайте, Ви б могли з легкістю відмовитися:

а) Від вечірнього чаювання.

б) Від ранкової кави і (або) чаю.

в) Вам все одно, коли пити чай або каву.

7. Якщо виникне необхідність встати вранці не о 7-мій, а о 6-тій, чи ляжете Ви раніше?

а) Швидше за все, ні.

б) Так, обов'язково.

в) Ляжете в звичайний час незалежно від підйому.

8. Що Ви відчуваєте, коли рано вранці дзвонить будильник?

а) Реагуєте спокійно.

б) Відчуваєте бажання викинути будильник у вікно.

в) Залежить від того, о котрій Ви лягли спати напередодні.

*Обробка й інтерпретація:*

Підсумуйте бали і ознайомтеся з результатами.

номер питання, відповідь	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>а</b>	0	0	3	6	6	3	6	3
<b>б</b>	3	3	6	3	0	6	0	6
<b>в</b>	6	6	0	0	3	0	3	0

**0-18 балів. Жайворонок.** Жайворонки в 6-7 ранку вже на ногах, продуктивно працюють приблизно до обіду, а в 21-22 години - вже солодко сплять. Жайворонків відрізняють дуже високі показники здоров'я, проте їх біоритми менш пластичні, тому будь зміна режиму з ранкового на вечірній одразу негативно позначається на їх самопочутті.

**21-33 бали. Сова.** З ранку їх і танком не розбудити, до обіду це досить мляві і повільні люди, зате ввечері енергія б'є з них ключем, спати лягають далеко за північ. На перший погляд здається, що менше за всіх пощастило совам: робочий настрій приходить до них у той момент, коли колеги збираються додому, та й показники здоров'я сов набагато гірші, ніж у жайворонків. Але ближче до 50 років виявляється, що сови здоровіші жайворонків, а все тому, що їх адаптивні здібності більш високі. До того ж сови менш схильні до стресів, їх відрізняє більш оптимістичний життєвий настрій на протигагу жайворонкам, які дуже схильні до станів депресії і тривоги.

**36-48 балів. Голуб.** Голуби встають трохи пізніше жайворонків, весь день дуже активно трудяться, лягають спати близько 23 годин. Вважається, що найбільш врівноваженими і пристосованими до сучасних умов життя є голуби. Загальноприйнятий режим праці та відпочинку найбільш близький голубиним біоритмам, до того ж голуби можуть підлаштуватися без шкоди для здоров'я практично до будь-якого розкладу.



За статистикою, у світі приблизно 40% сов, 25% жайворонків, решта голуби. Однак тих, хто може назвати себе чистою совою або чистим голубом всього близько 3%, причому серед жінок набагато більше чистих типів, ніж серед чоловіків. Більшість людей відносяться до змішаних типів.

### **Поради Совам як прокинутися вранці:**

Для більшості «сов» оптимальний час пробудження 10-11 годин ранку. Однак, робочий день у більшості країн світу створений для «жайворонків», тому якщо Ви Сова – скористайтесь нашими порадами.



- Намагайтесь не засиджуватися вечорами, лягайте так рано, як тільки можете. За 2-3 години до сну - ніяких стресів, фільмів жахів, сильних спортивних навантажень і алкоголю.

- Подбайте, щоб атмосфера в спальні була ідеальною і сприяла засипанню. Забезпечте тишу, темряву і комфортну температуру.

- Щоб не прокинутися о 12:00 дня в обіймах з будильником, поставте його подалі від себе, або заведіть собі кілька будильників.

- Чуєте дзвінок - не тягніть час: вставайте. Засинати і прокидатися, а потім похапцем бігти на роботу - ще сильніше зіпсує Ваш день, ніж просто раннє пробудження.

- Можна використовувати й аромотерапію, так ефірна олія сосни добре знімає ранковий стрес, а масло цитрусових піднімає настрій.

- Головне зранку - дійти до ванної кімнати і вмитися. Зробіть це відразу після пробудження. Після вмивання сонливість зменшиться, і Ви зможете без сліз жалю подолати бажання знову лягти у ліжко.

- Прийміть душ, прохолодний або контрастний - кому як подобається.

- Після вмивання і душа відразу одягніться у «робочий» одяг: це налаштує на робочий лад.

- Використовуйте рефлексотерапію: протягом 2-3 хвилин інтенсивно розтирайте мочки вух. Випийте міцної кави і поснідайте: для того, щоб підбадьоритися, адже організму потрібен не тільки кофеїн, але і енергія.

- Якщо дозволяє пора року, відкрийте вікна в квартирі, свіже повітря і освітлення допомагають прокинутися.

- Якщо це можливо, йдіть на роботу пішки. Невелика фізична активність відганяє сон, а денне світло пригнічує вироблення гормону сну.

### **Поради Жайворонкам якщо їм доводиться працювати пізно ввечері:**

- Справжні «жайворонки» зазвичай не відчувають проблем із ранковим пробудженням, навіть якщо потрібно вставати о 6-7 годині. Однак у них є інша проблема - боротьба із сонливістю, яка навалюється на них в середині і під кінець робочого дня. З сонливістю можна впоратися за допомогою дуже гарячого, або краще контрастного, душу. Після цього потрібно випити гарячий міцний чай з 2-3 скибками лимону.

- Якщо протриматися бадьорим до 21-22 годин зовсім несила, можна півгодини поспати вдень, до 15 годин.

- У більшості «жайворонків» є лише два піки інтелектуальної активності. Правда, на відміну від «сов», ці періоди є тривалішими. Перший пік активності починається в 8-9 годин і закінчується до 12-13 години. Другий - більш короткий - пік інтелектуальної активності припадає на післяобідній час - з 16 до 18 годин.



- Що стосується фізичної активності «жайворонків», то вона також носить двофазний характер. Найбільш ефективно вони можуть виконувати фізичну роботу вранці з 7 до 12:00 і ввечері з 16 до 19 годин.

- Якщо доводиться працювати пізно ввечері, на 16-17 години заплануйте прогулянку або спортивне тренування з легким або помірним фізичним навантаженням.

- Намітьте на час після роботи якесь цікаве заняття.

- Як і всім іншим, спати треба в добре провітрений, темний, тихий кімнаті.

### Який Ви пацієнт?

Щоб правильно спілкуватися із лікарем і успішно лікуватися, слід дізнатися, до якого типу пацієнтів відносите саме Ви. Дайте відповідь на декілька запитань.

1. Ви впевнені, що розбираєтеся в медицині на рівні...

- а) як мінімум молодшого медпрацівника
- б) начитаної й адекватної людини
- в) школяра

2. Скільки гарних, на Ваш погляд, лікарів Ви зустрічали?

- а) Практично всі
- б) Досить багато
- в) Одиниці

3. На Вашу думку, сучасна медицина...

- а) стоїть перед черговим проривом і масою великих відкриттів
- б) переживає період стагнації
- в) знаходиться в глухому куті, вимагає серйозних реформ

4. Вважаєте ви, що існують фатальні діагнози?

- а) Ні, надія залишається завжди
- б) Швидше ні
- в) Швидше так

5. Чи готові ви заради одужання приймати ліки, з недостатньо вивченими побічними ефектами?

- а) Так, але тільки в серйозному випадку
- б) Якщо немає іншого способу



- в) Відмовлюся
6. Як Ви ставитеся до платних медичних послуг?
- а) Позитивно  
б) Нейтрально  
в) Негативно
7. Які риси повинен мати гарний лікар?
- а) Ввічливість і уважність  
б) Прагнення постійно підвищувати кваліфікацію  
в) Безкорисливе прагнення допомогти
8. Від чого в першу чергу залежить успіх лікування?
- а) Від кваліфікації лікаря і правильності вибору ним тактики лікування  
б) Від якості препаратів та процедур  
в) Від готовності пацієнта до лікування

*Обробка результатів:*

Підсумуйте бали і ознайомтеся з результатами.

номер питання, відповідь	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>а</b>	1	2	6	2	4	3	6	4
<b>б</b>	4	5	4	3	1	1	2	6
<b>в</b>	6	6	3	1	2	5	1	3

**13-17 балів: Адекватний** – здатен спокійно прийняти інформацію про стан свого здоров'я, готовий до труднощів лікування.

**18-23 балів: Мрійник** – вважає, що його молодість вічна. Дізнавшись навіть про найлегший діагноз, може знепритомніти. Потім починає шукати панацею. Часто звертається до нетрадиційної медицини, але самостійно без нагадування не може прийняти пігулку, боїться крапельниць і уколів.

**24-31 балів: Педантичний** – любить і вміє лікуватися. Ставить багато запитань, намагається сам розібратися в причинах і суті захворювання.

**32-37 балів: Відчайдушний** – тягне зі зверненням до останнього, будь-який діагноз може прийняти за вирок, у всьому звинувачує медицину.

**38-42 балів: Недовірливий** – фобії такої людини щодо хвороб численні і часом можуть серйозно шкодити як його стану, так і лікуванню.

## **ФАХОВА ПСИХОДІАГНОСТИКА**

### **Методика «Тип ставлення до хвороби» (ТОБОЛ)**

**(Л. Вассерман, А. Вукс, В.Іовлєв, Є. Коропова, 1987)**

**Опис методики.** При створенні методики було використано клініко-психологічну типологію ставлення до хвороби, запропоновану О. Личко і Н. Івановим у 1980 році. Тест діагностує 12 типів ставлення до хвороби: сенситивний, тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, егоцентричний, паранойяльний, анозогнозичний, дисфоричний, ергопатичний і гармонійний, які поділено на 3 блоки: умовно-адаптивний (гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний), інтрапсихічно-дезадаптивний (тривожний,

іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний) і інтерпсихічно-дезадаптивний (сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранойяльний).

Досліджуваному пред'являються бланки з 12 групами тверджень по 10 до 16 тверджень у кожній. У кожній групі він повинен вибрати одне або максимум два твердження, які найбільш повно описують його стан. Якщо жодне з тверджень не підходить, потрібно вибрати останнє «Жодне твердження мені не походить». Час заповнення не обмежений. Дослідження можна проводити індивідуально або в невеликих групах, за умови, що досліджувані не будуть радитися один з одним. Відповіді фіксуються на окремому аркуші з таблицею для реєстрації результатів.

**Інструкція.** Нижче наведено низку тверджень, що стосуються Вашої хвороби, самопочуття, а також деяких аспектів життя в цілому. Будь ласка, відзначте затвердження, які Ви вважаєте вірними щодо себе. У кожному розділі, позначеному римською цифрою, Ви можете зробити не більше двох виборів.

### **Текст методики.**

#### **I. Самопочуття**

1. Відтоді як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття.
2. Я майже завжди відчуваю себе бадьорим і повним сил.
3. Погане самопочуття я намагаюся перебороти.
4. Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим.
5. У мене майже завжди щось болить.
6. Погане самопочуття у мене виникає після неприємностей.
7. Погане самопочуття з'являється в мене від очікування неприємностей.
8. Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання.
9. Моє самопочуття цілком задовільне.
10. Відтоді як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами дратівливості і почуттям суму.
11. Моє самопочуття дуже залежить від того, як до мене ставляться оточуючі.
12. Жодне із тверджень мені не підходить.

#### **II. Настрій**

1. Як правило, настрій у мене дуже гарний.
2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим і дратівливим.
3. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, тривоги за близьких і невпевненості в майбутньому
4. Я не дозволяю собі засмучуватися через хворобу.
5. Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій.
6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття
7. Я відчуваю цілковиту байдужість.
8. У мене бувають напади дратівливості, під час яких страждають оточуючі.
9. У рідко буваю сумним, але часто – агресивним.
10. Найменші неприємності сильно засмучують мене.
11. Через хворобу у мене весь час тривожний настрій.
12. Жодне із тверджень мені не підходить.

#### **III. Сон і пробудження від сну**

1. Прокинувшись, я відразу змушую себе встати із ліжка.
2. Ранок для мене - найважчий час доби.



3. Якщо мене щось засмучує, я довго не можу заснути.
4. Я погано сплю вночі і відчуваю сонливість вдень.
5. Я сплю мало, але встаю бадьорим. Сни бачу рідко.
6. З ранку я більш активний і мені легше працювати, ніж ввечері.
7. У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають жахливі сновидіння.
8. Вранці я встаю бадьорим і енергійним.
9. Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити
10. Ночами у мене бувають напади страху.
11. З ранку я відчуваю повну байдужість до всього.
12. Ночами мене переслідують думки про мою хворобу.
13. Мені сняться всілякі хвороби.
14. Жодне із тверджень мені не підходить.

#### **IV. Апетит і ставлення до їжі**

1. Я соромлюсь їсти при сторонніх людях.
2. У мене хороший апетит.
3. У мене поганий апетит.
4. Я люблю ситно поїсти.
5. Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі.
6. Мені легко можна зіпсувати апетит.
7. Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її якість.
8. Їжа мене цікавить, передусім, як засіб підтримати здоров'я.
9. Я намагаюся дотримуватися дієти, яку сам розробив.
10. Їжа не приносить мені задоволення.
11. Жодне із тверджень мені не підходить.

#### **V. Ставлення до хвороби**

1. Моя хвороба мене лякає.
2. Я так втопився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.
3. Намагаюся не думати про свою хворобу і жити безтурботним життям.
4. Моя хвороба найбільше пригнічує тим, що люди стали цуратися мене.
5. Я постійно думаю про всі можливі ускладнення, пов'язані з хворобою.
6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна.
7. Вважаю, що моя хвороба така важка через неухважність і невміння лікарів.
8. Вважаю, що лікарі перебільшують небезпеку моєї хвороби.
9. Намагаюся перебороти хворобу, працюючи як раніше і навіть ще більше.
10. Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж кажуть лікарі.
11. Я здоровий, і хвороби мене не турбують.
12. Моя хвороба абсолютно незвична, а тому вимагає особливої уваги лікарів та рідних.
13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним.
14. Я знаю з чієї вини я захворів і не пробачу цього ніколи.
15. Я всіма силами намагаюся боротися з хворобою.
16. Жодне із тверджень мені не підходить.

#### **VI. Ставлення до лікування**

1. Унікаю будь-якого лікування - сподіваюся, що організм сам подолає хворобу, якщо про неї менше думати.

2. Мене лякають ускладнення, пов'язані з майбутнім лікуванням.
3. Я готовий до болючого лікування аби лише позбутися хвороби.
4. Я не вірю в успіх лікування і вважаю його марним.
5. Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у них постійно розчаровуюсь.
6. Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків і процедур.
7. Нові ліки, процедури і операції викликають у мене думки про ускладнення і небезпеки, з ними пов'язані.
8. Ліки та процедури нерідко дивно впливають на мене і це дивує лікарів.
9. Вважаю, що мене лікують небезпечними препаратами, які варто заборонити.
10. Вважаю, що мене лікують неправильно.
11. Я не потребую лікування.
12. Мені набридло нескінченне лікування, хочу, щоб мене залишили у спокої.
13. Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми.
14. Мене дратує, коли лікування не покращую моє самопочуття.
15. Жодне із тверджень мені не підходить.

#### **VII. Ставлення до лікарів і медперсоналу**

1. Головною якістю медичного працівника має бути уважність до хворого.
2. Я хочу лікуватися у популярного серед інших пацієнтів лікаря.
3. Вважаю, що я захворів, передусім із вини лікарів.
4. Мені здається, що лікарі мало що розуміють мою хворобу і лише вдають, що лікують.
5. Мені все одно, хто і як мене лікує.
6. Я часто турбуюся про те, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування.
7. Лікарі і медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь.
8. Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, оскільки не впевнений в ефективності лікування.
9. З великою повагою я ставлюся до медичної професії.
10. Я не раз переконувався, що лікарі і персонал неухважні і несумлінно виконують свої обов'язки.
11. Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями та медперсоналом, а потім шкодую про це.
12. Я здоровий і допомоги лікарів не потребую.
13. Вважаю, що лікарі і медперсонал даремно витрачають на мене час.
14. Жодне із тверджень мені не підходить.

#### **VIII. Ставлення до рідних і близьких**

1. Я настільки стурбований своєю хворобою, що справи близьких перестали хвилювати мене.
2. Я намагаюся рідним і близьким не демонструвати, що я хворий, щоб не зіпсувати їм настрій.
3. Близькі даремно хочуть зробити з мене важко хворого.
4. Я думаю, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі і негаразди.

5. Мої рідні не хочуть зрозуміти тяжкість моєї хвороби і не співчують моїм стражданням.

6. Близькі не зважають на мою хворобу і хочуть жити в своє задоволення.

7. Я соромлюсь своєї хвороби навіть перед близькими.

8. Через хворобу я втратив інтерес до справ близьких і рідних.

9. Через хворобу я став тягарем для рідних.

10. Здоровий вигляд і безтурботне життя близьких викликають у мене неприязнь.

11. Я вважаю, що у моїй хворобі винні мої родичі.

12. Я намагаюся поменше турбувати рідних через мою хворобу.

13. Жодне із тверджень мені не підходить.

### **IX. Ставлення до роботи (навчання)**

1. Хвороба робить мене поганий працівником (нездатним вчитися).

2. Я боюся, що через хворобу я втрачу хорошу роботу (доведеться піти з хорошого навчального закладу).

3. Моя робота (навчання) стала для мене абсолютно байдужою.

4. Через хворобу мені тепер стало не до роботи (не до навчання).

5. Весь час турбуюся, що через хворобу можу зробити помилку на роботі (не впоратися з навчанням).

6. Вважаю, що у моїй хворобі винні мої робота (навчання).

7. На роботі (за місцем навчання) зовсім не переймаються моєю хворобою і навіть чіпляються до мене.

8. Не вважаю, що хвороба може зашкодити моїй роботі (навчанню).

9. Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) менше знали і говорили про мою хворобу.

10. Я вважаю, що не дивлячись на хворобу, треба продовжувати роботу (навчання).

11. Хвороба зробила мене непосидючим і нетерплячим на роботі (в навчанні).

12. На роботі (за навчанні) я намагаюся забути про свою хворобу.

13. Всі дивуються і захоплюються тим, як я успішно працюю (вчуся), незважаючи на хворобу.

14. Моє здоров'я не заважає мені працювати (вчитися) там, де я хочу.

15. Жодне із тверджень мені не підходить.

### **X. Ставлення до оточуючих**

1. Мені тепер все одно, хто мене оточує, і хто біля мене.

2. Мені хочеться, щоб оточуючі залишили мене в спокої.

3. Здоровий вигляд і життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування.

4. Я намагаюся, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби.

5. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими.

6. Мені б хотілося, щоб оточуючі на собі відчули, як важко хворіти.

7. Мені здається, що оточуючі уникають мене через мою хворобу.

8. Оточуючі не розуміють моєї хвороби і моїх страждань.

9. Моя хвороба та моє ставлення до неї дивують оточуючих.

10. З оточуючими я намагаюся не говорити про мою хворобу.

11. Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не пробачу.

12. Спілкування з людьми тепер стало швидко набридати і навіть дратувати мене.

13. Моя хвороба не заважає мені мати друзів.

14. Жодне із тверджень мені не підходить.

### **XI. Ставлення до самотності**

1. Краще самотність, тому що на самоті мені стає краще.

2. Я відчуваю, що хвороба призведе до цілковитого усамітнення.

3. На самоті я прагну знайти якусь цікаву або потрібну роботу.

4. На самоті мене починають особливо переслідувати нерадісні думки про хворобу, ускладнення, майбутні страждання.

5. Часто, залишившись наодинці, я заспокоююсь, оскільки люди стали мене сильно дратувати.

6. Соромлячись хвороби, я намагаюся віддалитися від людей, а на самоті сумую за ними.

7. Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу.

8. Мені стало все одно, чи бути серед людей, чи залишатися на самоті.

9. Бажання побути на самоті залежить у мене від обставин і настрою.

10. Я боюся залишатися на самоті через побоювання, пов'язані з хворобою.

11. Жодне із тверджень мені не підходить.

### **XII. Ставлення до майбутнього**

1. Хвороба робить моє майбутнє сумним і похмурим.

2. Моє здоров'я чудове та я не хвилююся за майбутнє.

3. Я завжди сподіваюся на щасливе майбутнє, навіть у стані важкої хвороби.

4. Лікуванням і дотриманням режиму я сподіваюся домогтися поліпшенню здоров'я у майбутньому.

5. Не вважаю, що хвороба може суттєво позначитися на моєму майбутньому.

6. Своє майбутнє повністю пов'язане з успіхом у моїй роботі (навчанні).

7. Мені стало байдуже, що буде зі мною в майбутньому.

8. Через мою хворобу я весь час хвилююся за своє майбутнє.

9. Я впевнений, що в майбутньому всі помилки моїх лікарів буде виявлено.

10. Коли я думаю про своє майбутнє, я демонструю своє роздратування іншим людям.

11. Через хворобу я дуже тривожуся за своє майбутнє.

12. Жодне із тверджень мені не підходить.

### **Обробка результатів**

По таблицям кодів для кожного зазначеного в реєстраційному листі твердження визначаються діагностичні коефіцієнти, які заносяться в бланк «Результати обстеження».

Діагностичні коефіцієнти у кожному зі стовпчиків, відповідних 12 шкалами типів ставлення до хвороби, підсумовуються, значення 12 шкальних оцінок заносяться в графу «сума».



III тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Е	П	Д
1	3	4										
2							4					3
3						4			4	3	3	
4						4		3				
5			3									
6	2											
7				4		4	4			3	3	3
8			4									
9		5										
10				4								
11							4	4				
12				4	4							
13					4							

IV тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Е	П	Д
1									4			
2	2		3									
3					3	3	4	3		3		
4			3									
5			3									
6				3		3			3	3		3
7				3								5
8		3			3			3				
9					4							4
10							4	4				

V тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Е	П	Д
1			*	4								
2		*					4	5				
3			5									
4									5			
5	*		*	5								
6			*		4		5	3				
7										4	4	4
8			5									
9		5										
10			*	4	5		4			4		
11			5									
12										5		
13						5						4
14											5	4
15	5	5										

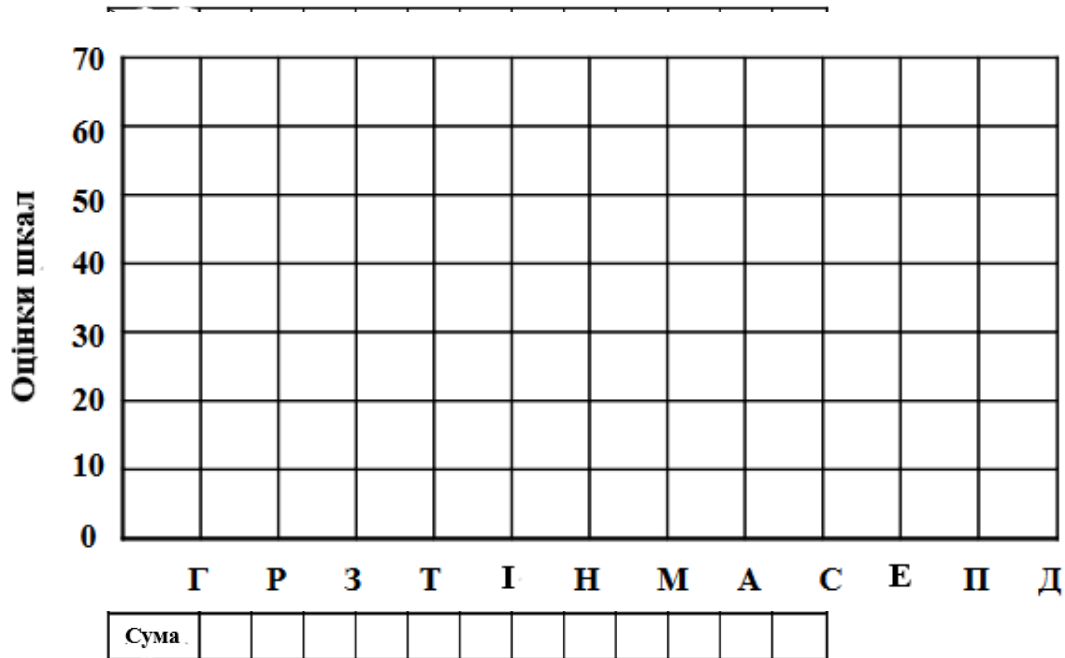
VI тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Е	П	Д
1	*	3	5									
2				4		3			3			
3	4	3			4							
4	*						4	4				
5		*		3	4					4		
6								4			4	3
7	*	*		4								
8										4		
9											5	
10											5	4
11	*		5									
12		2					4	4				
13	3								4			
14						4						5



XI тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Е	П	Д
1	*		*					4	3		3	
2							4			3		
3	4	4										
4			*	4	4		4					
5						4					3	4
6									5			
7	3	3										
8	*							4				
9	3		2			3					2	
10			*	4	4					3		

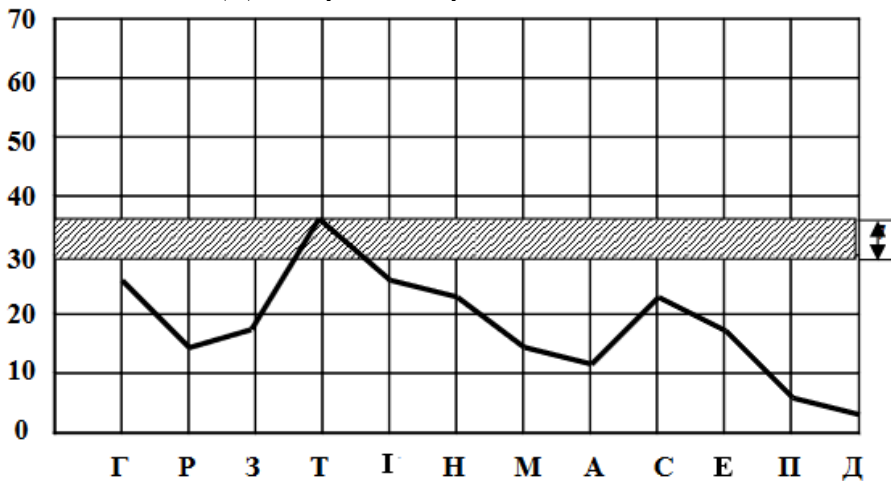
XII тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Е	П	Д
1			*		4		5	3				
2			5									
3	3		4									
4	4											
5			4									
6		5										
7	*							4	5			
8			*	5	4	3			3			
9											5	4
10	*					3				4		4
11			*	5		3			4	3		

### Результати обстеження



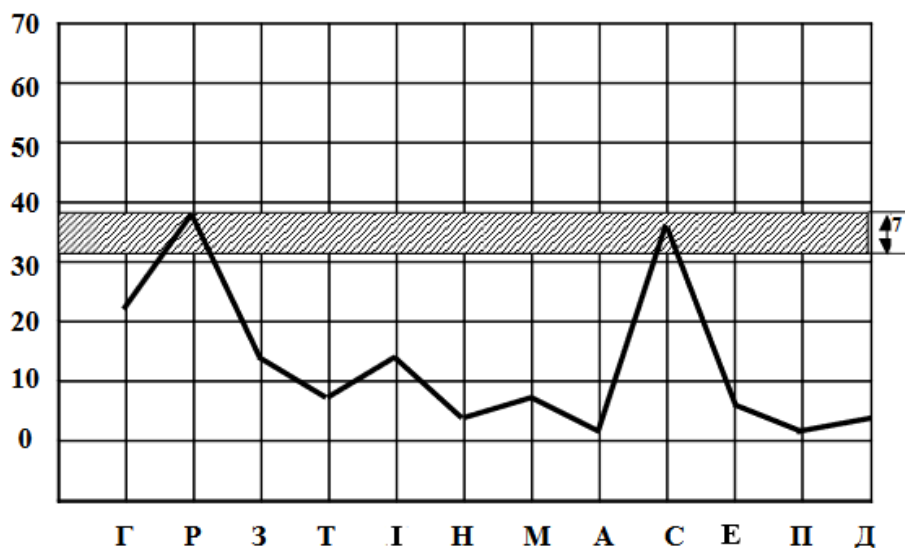
### Приклади діагностики ставлення до хвороби

Пацієнт Олег Д., 28 років. Тривожний тип ставлення до хвороби





Ольга М., 39 років, змішаний тип ставлення до хвороби (ерогопатичний і сенситивний)



### Самопочуття. Активність. Настрій

За допомогою цієї методики Ви зможете провести швидку діагностику свого самопочуття, активності та настрою на даний момент.

**Самопочуття** – це відчуття фізіологічної та психологічної комфортності внутрішнього стану. Самопочуття тісно пов'язано з самозбереженням індивіда: воно нагадує організму про його потреби і вказує на загрозові небезпеки.

**Активність** – енергійна діяльність, діяльна участь у чому-небудь. здатність змінювати оточуючу діяльність у відповідності з власними потребами, поглядами, цілями. Як особливість особистості людини активність знаходить вияв у енергійній, ініціативній діяльності в праці, навчанні, громадському житті, в різних видах творчості.

**Настрій** – загальний емоційний стан, який своєрідно забарвлює на певний час діяльність людини, характеризує її життєвий тонус. Розрізняють позитивні настрої, які виявляються у бадьорості, та негативні, які пригнічують, викликають пасивність.

*Інструкція: виразіть кількістю балів від 1 до 4 свій стан.*

№, п/п	Оцінки	Бали	Оцінки	
1.	Самопочуття гарне	1 2 3 4	Самопочуття погане	X
2.	Відчуваю себе сильним	1 2 3 4	Відчуваю себе слабким	X
3.	Пасивний	1 2 3 4	Активний	
4.	Малорухливий	1 2 3 4	Рухливий	
5.	Веселий	1 2 3 4	Сумний	X
6.	Гарний настрій	1 2 3 4	Поганий настрій	X
7.	Працездатний	1 2 3 4	Бездіяльний	X
8.	Сповнений сил	1 2 3 4	Знесилений	X
9.	Повільний	1 2 3 4	Швидкий	
10.	Лінивий	1 2 3 4	Працьовитий	

11.	Щасливий	1 2 3 4	Нещасний	X
12.	Життєрадісний	1 2 3 4	Похмурий	X
13.	Напружений	1 2 3 4	Розслаблений	X
14.	Здоровий	1 2 3 4	Хворий	X
15.	Відчужений	1 2 3 4	Захоплений	
16.	Байдужий	1 2 3 4	Зацікавлений	
17.	Захоплений	1 2 3 4	Похмурий	X
18.	Радісний	1 2 3 4	Печальний	X
19.	Отдохнувший	1 2 3 4	Сумний	X
20.	Свіжий	1 2 3 4	Виснажений	X
21.	Сонний	1 2 3 4	Збуджений	
22.	Бажання відпочити	1 2 3 4	Бажання працювати	
23.	Спокійний	1 2 3 4	Схвильований	X
24.	Оптимістичний	1 2 3 4	Песимістичний	X
25.	Витривалий	1 2 3 4	Втомлений	X
26.	Бадьорий	1 2 3 4	Млявий	X
27.	Складно думати	1 2 3 4	Легко думати	
28.	Розсіяний	1 2 3 4	Уважний	
29.	Сповнений сподівань	1 2 3 4	Розчарований	X
30.	Задоволений	1 2 3 4	Незадоволений	X

*Обробка й інтерпретація:*

Підсумуйте бали і ознайомтеся з результатами.

Там, де стоїть знак (X), здійснюється зворотний підрахунок балів: замість 1, 2, 3, 4 вважається відповідно: 4, 3, 2, 1 балів.

Мінімальна кількість балів по кожному із трьох параметрів стану - 10, максимальна – 40, так як на кожен параметр (самопочуття, активність і настрої) є по 10 оцінок.

Отримані результати по кожній категорії діляться на 10.

Середній бал шкали дорівнює 4. Оцінка, що перевищує 4 бали, вказує на сприятливий стан досліджуваного, оцінки нижче 4 свідчать про зворотне. Нормальні оцінки стану лежать в діапазоні 5,0 - 5,5 балів.

Слід врахувати, що при аналізі функціонального стану важливі не тільки значення окремих його показників, але і їх співвідношення.

Для порівнянності результатів самооцінки вводиться коефіцієнт К X «2».

	Параметри	№ оцінок
три мує мо 4	1. Самопочуття	1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26
	2. Загальна активність	3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28
	3. Настрої	5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30

градації станів по інтервалах: 20 - 34, 35 - 49, 50 - 64, 65 - 80. Умовно вони можуть бути віднесені до ситуативних проявів темпераментів: меланхоліки, флегматики, сангвініки і холерики.

20 – 34 балів – меланхолік;

35 – 49 балів – флегматик;

50 – 64 бали – сангвінік;

65 – 80 балів – холерик.

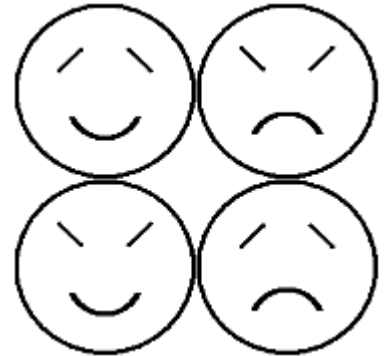
### Який у Вас темперамент?

Мабуть Ви помічали, що одні люди поводяться стримано, є врівноваженими, емоційно невиразними, їх рухи і мовлення уповільнене, а інші люди навпаки – рухливі, жваві, активні та енергійні. Чому? Вся справа у темпераменті. Темперамент мало підвладний людині. Завдяки темпераменту виробляється стиль діяльності людини, спосіб її життя. Саме темперамент визначає наші реакції на будь-які події, а також тип поведінки у різних ситуаціях.

За допомогою наведеного нижче тесту Ви можете визначити свій тип темпераменту.

Вам пропонується відповісти на 56 запитань.

Дайте відповідь, чи погоджуєтесь Ви з даним твердженням. Якщо погоджуєтесь, то в бланку для відповідей поряд із відповідним номером поставте знак «+», якщо ні – знак «-». Пам'ятайте, що тут немає «поганих» і «хороших» відповідей.



1. Ви відрізняєтеся непосидючістю.
2. Ви запальні й імпульсивні.
3. Найчастіше Ви нетерплячі.
4. Ви ініціативні та рішучі.
5. Ви завзяті, навіть уперті.
6. Ви швидко орієнтуєтесь у суперечках, спритні.
7. Ритм Вашої діяльності нерівномірний, стрибкоподібний.
8. Ви любите ризик.
9. Ви легко пробачаєте образи.
10. Ваша мова швидка й емоційна.
11. Ви часто страждаєте від своєї неврівноваженості.
12. Ви не терпите недоліків у інших.
13. Вас захоплює все нове.
14. Ваш настрій часто змінюється.
15. Ви життєрадісна й весела людина.
16. Енергія б'є ключем, Ви завжди зібрані й готові до діяльності.
17. Ви часто залишаєте розпочате на півдорозі.
18. Ви не завжди адекватно оцінюєте свої сили.
19. Ваші інтереси й захоплення часто змінюються.
20. До планів, що змінилися, і до нових обставин Ви звикаєте легко.
21. Вам не складно відволікатися від своїх справ, Ви можете швидко вирішити чужі проблеми.
22. Ретельна і копітка праця не для Вас.
23. Ви чуйні, любите спілкування.
24. Ваша мова виразна й голосна.
25. Ви не панікуєте навіть у складних ситуаціях, у Вас відмінне самовладання.
26. Ви легко засинаєте й швидко прокидаєтесь.

27. Вам складно зосередитися, прийняти обмірковане рішення.
28. Ви непослідовні, неуважні.
29. Ви стримана й холоднокрровна людина.
30. У своїх словах і справах Ви послідовні.
31. Ви обережні й розважливі.
32. Витримані, умієте очікувати.
33. Ви мовчазна людина, не любляете порожніх балачок.
34. Ваша мова розмірена, спокійна.
35. Ви грамотно розподіляєте свої сили, ніколи не викладаєтеся повністю.
36. Ви дотримуєтесь розпорядку дня, чітко плануєте свої справи.
37. Спокійно сприймаєте критику, байдужі до пересудів.
38. Вам складно швидко переключитися на іншу діяльність.
39. З іншими людьми у Вас рівні, добрі стосунки.
40. Ви акуратні, педантичні у дрібницях.
41. Вам складно пристосовуватися до нових умов і планів, що змінилися.
42. Ви не любляете багато рухатися, повільні.
43. Ви сором'язлива людина.
44. Зміна обстановки викликає у Вас збентеження.
45. Ви невпевнені в собі, своїх силах.
46. Самотність не обтяжує Вас.
47. Невдачі й неприємності надовго виводять Вас із рівноваги.
48. У складні життєві періоди Ви замикаєтеся у собі.
49. Ви не надто витривалі, швидко втомлюєтеся.
50. Ваша мова тиха, іноді невиразна.
51. Ви автоматично переймаєте риси характеру співрозмовника та його манеру говорити.
52. Ви сентиментальні і вразливі.
53. У Вас завищені вимоги до себе й оточуючих.
54. Вам властива деяка млявість і підозрілість.
55. Вас легко скривдити.
56. Вам приємно, коли оточуючі Вам співчують.

*Обробка й інтерпретація:*

Підсумуйте бали і ознайомтеся з результатами.

У тесті 4 групи запитань, у кожній із них – 14 тверджень. Підсумуйте свої відповіді «Так (+)» за кожною групою тверджень, запишіть свій результат.

Твердження	Тип темпераменту	Ваш результат
1-14	Холерик	
15-28	Сангвінік	
29-42	Флегматик	
43-56	Меланхолік	

Якщо в одній із груп Ви отримали більше 10 відповідей «Так», тоді цей тип темпераменту у Вас домінуючий. Якщо кількість відповідей «Так» 5-9, то ці риси виражені у Вас значною мірою. Якщо позитивних відповідей менше 4, то риси такого типу темпераменту у Вас слабо виражені.



Холерик - імпульсивний, емоційний, працездатний, нестійкий, знервований



Флегматик - спокійний, уважний, добрий, повільний, наполегливий, неемоційний



Меланхолік - емоційний, розсудливий, вразливий, песимістичний, має гарну інтуїцію



Сангвінік - оптимістичний, товариський, добрий, безтурботний, активний, легко пристосовується до обставин

4 типи темпераменту (мал. Х.Бідструпа)

### Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R)

Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) - клінічна тестова і скринінгова методика, призначена для оцінки патернів психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб. Методика створена у 1994 р. L.R. Derogatis на основі Hopkins Symptom Checklist (HSCL) - методика, що веде свою історію від Cornell Medical Index (A. Wider, 1948), яка, в свою чергу, базувалася на «Шкалі дискомфорту» розробленої M.Parloff з співавторами (1953).

SCL-90-R включає в себе 90 тверджень, згрупованих у шкали. Кожне із 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 - «дуже сильно». SCL-90 (відповідно, і SCL-90-R) містить наступні шкали:

1. Соматизація
2. Обсесивно-компульсивні розлади (нав'язливості)
3. Інтерперсональна чутливість
4. Депресія
5. Тривожність
6. Ворожість
7. Нав'язливі страхи (фобії)
8. Параноїдність
9. Психотизм
10. Загальний індекс важкості
11. Індекс важкості наявного дистресу
12. Кількість позитивних відповідей (Кількість тривожних симптомів)

SCL-90-R – методика, призначена для визначення поточного статусу, вона не підходить для діагностики особистості. Інструкція до методики і її внутрішня суть передбачає вивчення саме ступеню дискомфорту, завданого тими чи іншими симптомами, незалежно від того, наскільки вони виражені в реальності. Крім того,

методика не включає шкали брехні, а її структура не спрямована на корекцію настановних відповідей випробуваного, що також має враховуватися при інструктажі та тестуванні (хоча шкала психотизма за рахунок незвичайних симптомів, в неї входить, може використовуватися для оцінки ступеня щирості випробуваного і його схильності до агравації, якщо наперед відомо про відсутність психотичних розладів).

Основне призначення шкали – виявлення психологічного симптоматичного статусу широкого кола осіб, тому результати опитування мають досить приблизну клінічну значимість, але SCL-90-R може застосовуватися досить широко. Винятком є люди, які не здатні сприйняти зміст інструкцій, пацієнти з деменцією і явно психотичними станами.

### **Інструкція.**

Нижче наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Оцінюйте ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості в зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Оцініть кожне твердження, не пропускаючи жодного пункту.

0                      1                      2                      3                      4  
 Зовсім ні      Трохи      Помірно      Сильно      Дуже сильно

### **Текст методики.**

1	Головні болі	
2	Нервозність або тремтіння всередині	
3	Повторювані неприємні думки	
4	Слабкість або запаморочення	
5	Втрата сексуального потягу або задоволення	
6	Почуття невдоволення іншими	
7	Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками	
8	Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємностях винні інші	
9	Проблеми з пам'яттю	
10	Ваша неакуратність або неохайність	
11	Роздратування, що легко виникає	
12	Болі в серці або в грудній клітці	
13	Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці	
14	Нестача сил або загальмованість	
15	Думки про те, щоб накласти на себе руки	
16	Ви чуєте голоси, яких не чують інші	
17	Тремтіння	
18	Відчуття, що більшості людям не можна довіряти	
19	Поганий апетит	
20	Сльозливість	
21	Сором'язливість або скутість в спілкуванні з особами протилежної статі	
22	Відчуття, що Ви потрапили у пастку	

23	Несподіваний і безпричинний страх	
24	Спалахи гніву, які Ви не могли стримати	
25	Боязнь вийти одному з дому	
26	Відчуття провини	
27	Болі у попереку	
28	Відчуття, що щось Вам заважає зробити що-небудь	
29	Відчуття самотності	
30	Пригнічений настрій, "хандра"	
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	
32	Відсутність інтересу до усього	
33	Почуття страху	
34	Ваші почуття легко зачепити	
35	Відчуття, що інші проникають у Ваші думки	
36	Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчують Вам	
37	Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаєтеся	
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	
39	Сильне або прискорене серцебиття	
40	Нудота або розлад шлунку	
41	Відчуття, що Ви гірші за інших	
42	Болі в м'язах	
43	Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас	
44	Вам важко заснути	
45	Потреба постійно перевіряти те, що Ви робите	
46	Труднощі в прийнятті рішень	
47	Страх їздити в автобусах, метро або поїздах	
48	Утруднене дихання	
49	Напади жару або ознобу	
50	Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають	
51	Ви легко забуваєте, про що нещодавно думали	
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла	
53	Комок в горлі	
54	Відчуття, що майбутнє безнадійне	
55	Вам важко зосередитися	
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	
57	Відчуття тиску або напруженості	
58	Важкість в кінцівках	
59	Думки про смерть	
60	Переїдання	
61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас	
62	Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки	

63	Бажання заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь	
64	Ранкове безсоння	
65	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перечитувати тощо	
66	Неспокійний і тривожний сон	
67	Бажання ламати або трощити що-небудь	
68	Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші	
69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	
70	Почуття зніяковілості у людних місцях (магазинах, кінотеатрах)	
71	Відчуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль	
72	Напади жаху або паніки	
73	Почуття ніяковості, коли Ви їсте і п'єте на людях	
74	Ви часто вступаєте в суперечку	
75	Нервозність, коли Ви залишилися насамоті	
76	Інші недооцінюють Ваші досягнення	
77	Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми	
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	
79	Відчуття власної нікчемності	
80	Відчуття, що з Вами станеться щось погане	
81	Ви кричите або жбурляєте речами	
82	Страх, що Ви втратите свідомість на людях	
83	Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою	
84	Вас турбують сексуальні думки	
85	Вас турбують думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи	
86	Кошмарні думки або бачення	
87	Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку	
88	Ви не відчуваєте близькості ні до кого	
89	Почуття провини	
90	Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре	

### **Обробка результатів:**

Для отримання результату по базовим шкалами необхідно обчислити середнє арифметичне значення з питань, що входять в цю шкалу, тобто додати бали по питанням, які входять у шкалу і розділити суму на їх кількість.

Якщо з якихось з питань не було отримано відповідей, то їх виключають з підрахунку. У разі, якщо пропущено 20% питань тесту (18 пунктів) або 40% питань будь-якої шкали, результати не можуть вважатися достовірними.

Результат за шкалою GSI – це середнє арифметичне значення всього тесту, тобто сума балів всіх питань, поділена на 90. PST дорівнює кількості питань, на які дані невід'ємні відповіді. PSDI - середня важкість симптомів, обраховується як поділ загального балу за увесь тест на значення PST. Отже, при PST = 90, GSI і PSDI дорівнюватимуть один одному, чим менше значення PST, тим більше буде відмінність між ними.



Шкала	Кількість питань	Номера питань
Соматизація	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Нав'язливості	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Інтерперсональна чутливість	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривожність	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Нав'язливі страхи (фобії)	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параноїдність	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

### **Інтерпретація.**

#### ***Шкала 1. Соматизація***

Порушення, що називаються соматизацією, відображають дистрес, що виникає із відчуття соматичної дисфункції. Сюди відносяться скарги щодо функціонування кардіоваскулярної, гастрінтестинальної, респіраторної та інших систем організму, зокрема головні болі, болі в різних частинах тіла у тому числі й м'язові, а також – соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність психічних розладів, хоча й можуть свідчити про реальні соматичні захворювання.

#### ***Шкала 2. Нав'язливості***

Обсесивно-компульсивний розлад відображає симптоми, переважно тотожні стандартному клінічному синдрому з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок і дій, які переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі для «Я». У цю шкалу також включені питання, що стосуються поведінки або переживань більш загального когнітивного забарвлення.

#### ***Шкала 3. Інтерперсональна чутливість***

Даний розлад визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Осуд себе, почуття неспокою і помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками за даною шкалою повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

#### ***Шкала 4. Депресія***

Симптоми цього розладу відображають широку галузь проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії і афекту, зокрема ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид і інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

### ***Шкала 5. Тривожність***

Тривожний розлад складається з ряду симптомів і ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. У визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства. В якості ознак тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страхи та деякі соматичні кореляти тривожності.

### ***Шкала 6. Ворожість***

Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

### ***Шкала 7. Нав'язливі страхи (фобії)***

Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до унікаючої поведінки.

### ***Шкала 8. Параноїдність***

Дане визначення представляє параноїдну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрілості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу, і вибір питань орієнтований саме на представленість цих ознак.

### ***Шкала 9. Психотизм***

У шкалу психотизма включені питання, що вказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі як галюцинації або слухання голосів. Шкала психотизма є градуїованим континуумом від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів психотизма. Крім того, вона може бути корисна для виявлення грубої агравації, симуляції і недбалого заповнення бланка - при високих значеннях по ній при відсутності явної симптоматики.

### ***Загальний індекс тяжкості симптомів (GST)***

GSI є найкращим індикатором поточного стану і глибини розладу, його слід використовувати в більшості випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. GSI є комбінацією інформації про кількість симптомів і інтенсивність пережитого дистресу.

### ***Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI)***

PSDI є виключно мірою інтенсивності стану, що відповідає кількості симптомів. Цей показник працює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію: чи підсилює або применшує симптоматичний дистрес при відповідях.

### ***Загальна кількість твердних відповідей (PST)***

PST – виключно підрахунок кількості симптомів, на які пацієнт дає позитивні відповіді, - тобто кількість тверджень, для яких випробуваний зазначає хоч якийсь рівень вище нульового.

### **Нормативні дані:**

<b>Шкала</b>	<b>Середнє значення</b>
Соматизація	0,69
Нав'язливості	0,76
Інтерперсональна чутливість	0,83

Депресія	0,68
Тривожність	0,62
Ворожість	0,71
Нав'язливі страхи (фобії)	0,35
Параноїдність	0,67
Психотизм	0,42
Індекс GSI	0,64

**Середні значення (за Н.Тарабріною, 2001):**

Шкала	Ветерани Афганістану, норма	Ветерани Афганістану, ПТСР	Військові	Соматоформні хворі
Соматизація	0,41	1,08	0,68	1,60
Нав'язливості	0,52	1,15	0,67	1,04
Інтерперсональна чутливість	0,59	1,25	0,77	1,13
Депресія	0,41	1,15	0,59	1,29
Тривожність	0,40	1,16	0,59	1,50
Ворожість	0,51	1,22	0,74	1,10
Нав'язливі страхи (фобії)	0,19	0,76	0,40	0,99
Параноїдність	0,49	1,00	0,67	0,76
Психотизм	0,19	0,72	0,40	0,80
Індекс GSI	1,07	0,64	0,93	1,17

**Інтерпретація опитувальника в цілому.**

Результати по SCL-90-R можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал, вираженість окремих симптомів. Інтерпретація основних шкал проводиться відповідно до їх опису, призначення і теоретико-методологічних засад експериментатора.

Індекс GSI є найбільш інформативним показником, що відображає рівень психічного дистресу індивіда. Індекс PSDI є виміром інтенсивності дистресу і, крім того, може служити для оцінки «стилю» вираження дистресу випробуваного: чи виявляє випробуваний тенденцію до перебільшення або до приховання своїх симптомів.

Індекс PST відображає широту діапазону симптоматики індивіда. Інформація, отримана з цих трьох джерел, повинна бути ретельно інтегрована для того, щоб отримати найбільш значущу і валідну картину дистресу.

**Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)**

Шкала розроблена A.S. Zigmond і R.P. Snaith у 1983 р. Опитувальник застосовується для осіб віком від 17 років.

Госпітальна шкала тривоги і депресії містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики.

Доведено, що наявність в анамнезі загрози життю пацієнта позитивно корелює із симптомами тривоги, натомість симптоми депресії більше пов'язані із психологічними особливостями пацієнтів (наприклад, такими рисами як інтровертованість, песимізм тощо). При ПТСР спостерігається виражена тривога (>11 балів) і межовий стан чи клінічно виражена депресія (>8 балів).

### Обробка результатів:

- 0-7 балів - Норма (відсутність достовірно виражених симптомів)
- 8-10 балів - Субклінічно виражена тривога/депресія (межовий стан)
- 11-15 балів - Помірно виражена тривога/депресія
- 16 балів і вище - Важка форма тривоги/депресії

Наприклад:

1) за шкалою тривоги 11 балів, за шкалою депресії – 3 бали. Можна зробити висновок, що має місце помірно виражена тривога, а рівень депресії знаходиться в межах норми;

2) за шкалою тривоги 15 балів, за шкалою депресії – 9 балів. Можна зробити висновок про те, що має важка форма тривоги і субклінічно виражена депресія;

3) за шкалою тривоги 6 балів, за шкалою депресії – 1 бал. Можна зробити висновок про те, що рівні і тривоги, і депресії знаходяться в межах норми.

*Інструкція:* Відзначте відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували **протягом останніх 7 днів**.

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)	Частина II (оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)
<p>1. Я відчуваю напруження, мені ніяково:</p> <p>3 – весь час</p> <p>2 – часто</p> <p>1 – час від часу, іноді</p> <p>0 – ніколи</p> <p>2. Я відчуваю страх, здається найстрашніше от-от станеться:</p> <p>3 – так, мені дуже страшно</p> <p>2 – так, але страх незначний</p> <p>1 – іноді, але це мене не турбує</p> <p>0 – зовсім не відчуваю</p> <p>3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові:</p> <p>3 – постійно</p> <p>2 – більшу частину часу</p> <p>1 – часто від часу і нечасто</p> <p>0 – лише іноді</p> <p>4. Я легко можу присісти та розслабитися:</p> <p>0 – абсолютно так</p> <p>1 – мабуть це так</p> <p>2 – дуже рідко</p> <p>3 – зовсім не можу</p>	<p>1. Те, що приносило мені раніше задоволення, приносить його і тепер:</p> <p>0 – абсолютно так</p> <p>1 – мабуть це так</p> <p>2 – лише певною мірою це так</p> <p>3 – це зовсім не так</p> <p>2. Я можу розсміятися або побачити у тій чи іншій події щось смішне:</p> <p>0 – абсолютно так</p> <p>1 – мабуть це так</p> <p>2 – лише певною мірою це так</p> <p>3 – зовсім не можу</p> <p>3. Я відчуваю бадьорість:</p> <p>3 – зовсім не відчуваю</p> <p>2 – дуже рідко</p> <p>1 – іноді</p> <p>0 – практично завжди</p> <p>4. Мені здається, що я все роблю повільно:</p> <p>3 – практично завжди</p> <p>2 – часто</p> <p>1 – іноді</p> <p>0 – зовсім ні</p>

<p>5. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння:  0 – зовсім не відчуваю  1 – іноді  2 – часто  3 – дуже часто</p> <p>6. Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатися:  3 – абсолютно так  2 – мабуть це так  1 – лише певною мірою це так  0 – зовсім не можу</p> <p>7. У мене буває раптове відчуття паніки:  3 – дуже часто  2 – часто  1 – не часто  0 – зовсім не буває</p> <p><b>Сума балів у Частині I</b></p>	<p>5. Я не стежу за своєю зовнішністю:  3 – так  2 – я не приділяю їй стільки уваги, скільки потрібно  1 – можливо, я менше часу приділяю зовнішності  0 – я стежу за собою як і раніше</p> <p>6. Я вважаю, що всі мої справи можуть принести мені задоволення:  0 – які раніше  1 – так, але менше ніж раніше  2 – значно менше ніж раніше  3 – зовсім так не вважаю</p> <p>7. Я можу отримати задоволення від гарної книги чи телепрограми:  0 – часто  1 – іноді  2 – рідко  3 – дуже рідко</p> <p><b>Сума балів у Частині II</b></p>
---	--

### Шкала румінації

**Румінації** – це повторні і пасивні роздуми про симптоми хвороб, їх можливі причини і наслідки.

*Інструкція:* «Я думаю – значить я існую» - сказав відомий філософ Рене Декарт. Кожного дня ми думаємо про різні речі, часто ці думки приємні, а нерідко – викликають негативні емоції. Прочитайте уважного кожне твердження та позначте як часто після демобілізації Ви думали про наступне (обведіть кружечком):

Твердження	Ніколи	Іноді	Часто	Практично завжди
1. Думаю, що я дуже самотній	1	2	3	4
2. Думаю, що не можу працювати	1	2	3	4
3. Думаю, що відчуваю сильну втому	1	2	3	4
4. Думаю про те, що мені складно сконцентруватися на чомусь	1	2	3	4
5. Думаю про свої недоліки	1	2	3	4
6. Думаю про свої негативні емоції	1	2	3	4
7. Аналізую причини свого поганого самопочуття	1	2	3	4
8. Думаю було б добре нічого не відчувати	1	2	3	4
9. Думаю про те, чому мені так важко жити	1	2	3	4
10. Думаю про те, що колись я був іншим	1	2	3	4
11. Намагаюсь не думати про себе взагалі	1	2	3	4

12. Думаю про те, що мені потрібна допомога	1	2	3	4
13. Думаю про ситуації на війні, як би діяв інакше	1	2	3	4
14. Думаю, що аби відчував себе краще, зробив би набагато більше	1	2	3	4
15. Думаю, що маю більше проблем, ніж інші люди	1	2	3	4
16. Думаю, що я можу покращити в собі	1	2	3	4
17. Думаю, як важко бути самим собою	1	2	3	4
18. Думаю про свої помилки	1	2	3	4
19. Думаю про те, як би нічого не робити і нічого не відчувати	1	2	3	4
20. Намагаюсь зрозуміти, чому мені так погано	1	2	3	4
21. Намагаюсь бути наодинці зі своїми думками	1	2	3	4
22. Думаю про те, що не люблю і не поважаю себе	1	2	3	4

**Обробка результатів:**

Схильність до рефлексії та самоаналізу: 7, 11, 12, 20, 21 (min =5; max =20)

Нав'язливі роздуми: 5, 10, 13, 15, 16 (min =5; max =20)

Нав'язливі депресивні переживання: 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 22 (min =12; max =48)

Слід звернути увагу, якщо результати досліджуваного на шкалах наступні:

Схильність до рефлексії та самоаналізу  $> =10$

Нав'язливі роздуми  $> =9$

Нав'язливі депресивні переживання  $> =5$

**Результати:**

Схильність до рефлексії та самоаналізу \_\_\_\_\_

Нав'язливі роздуми \_\_\_\_\_

Нав'язливі депресивні переживання \_\_\_\_\_

**Шкала астеничного стану (ШАС)**

**Астенія** (астеничний стан, астеничний синдром) – патологічний стан, що виявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженням з вкрай нестійким настроєм, ослабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, втратою здатності до тривалого розумового і фізичного напруження, несприйманням гучних звуків, яскравого світла, різких запахів.

№	Питання	Невірно	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
1	Я працюю з великим напруженням	1	2	3	4
2	Мені важко зосередитися на чому-небудь	1	2	3	4
3	Моє статеве життя не задовольняє мене	1	2	3	4
4	Очікування нервує мене	1	2	3	4
5	Я відчуваю слабкість в м'язах	1	2	3	4
6	Мені не хочеться ходити в кіно чи в театр	1	2	3	4
7	Я забудькуватий	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе втомленим	1	2	3	4
9	Мої очі втомлюються при тривалому читанні	1	2	3	4
10	Мої руки тремтять	1	2	3	4
11	У мене поганий апетит	1	2	3	4
12	Мені важко бути на вечірці або в галасливій компанії	1	2	3	4
13	Я вже не так добре розумію прочитане	1	2	3	4
14	Мої руки і ноги холодні	1	2	3	4
15	Мене легко зачепити	1	2	3	4
16	У мене болить голова	1	2	3	4
17	Я прокидаюся вранці втомленим і не відпочившим	1	2	3	4
18	У мене бувають запаморочення	1	2	3	4
19	У мене бувають посмикування м'язів	1	2	3	4
20	У мене шумить у вухах	1	2	3	4
21	Мене турбують питання статевого життя	1	2	3	4
22	Я відчуваю тяжкість в голові	1	2	3	4
23	Я відчуваю загальну слабкість	1	2	3	4
24	Я відчуваю біль у тім'яній частині голови	1	2	3	4
25	Життя для мене пов'язане з напруженням	1	2	3	4
26	Моя голова ніби стягнута обручем	1	2	3	4
27	Я легко прокидаюся від шуму	1	2	3	4
28	Мене втомлюють люди	1	2	3	4
29	Коли я хвилююся, то покриваюся потом	1	2	3	4
30	Мені не дають заснути неспокійні думки	1	2	3	4

### Обробка результатів:

Після заповнення тестового бланку проводиться підрахунок шляхом підсумовування набраних балів. Діапазон варіює від 30 до 120 балів.

30 – 50 балів	астенія відсутня
51 – 75 балів	слабка астенія
76 – 100 балів	помірна астенія
101 – 120 балів	виражена астенія

## Опитувальник AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Тест AUDIT розроблений BOOЗ (J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.F. Babor, 1993)

зادля виявлення порушень, пов'язаних зі вживанням алкоголю.

**Інструкція:** Оберіть в таблиці один з варіантів відповіді на кожне питання і випишіть відповідний цій відповіді бал. Підсумуйте всі отримані бали.

Питання		Варіанти відповідей та відповідні бали				
		0	1	2	3	4
1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?		Ніколи	1 раз на місяць або рідше	2-4 рази на місяць	2-3 рази на тиждень	4 та більше разів на тиждень
2. Яка Ваша звична доза алкоголю у день випивки?	горілка	40-75 мг	75-150 мг	150-200 мг	200-300 мг	300 мг та більше
	кріплене вино	75-200 мг	200-300 мг	300-500 мг	500-750 мг	750 мг та більше
	сухе вино	75-300 мг	300-500 мг	500-700 мг	700-1000 мг	1 л і більше
	пиво	250-700 мг	1,5-2 пляшки	2-3 пляшки	3-5 пляшок	5 пляшок та більше
3. Як часто Ви випиваєте понад 180 мг горілки, 750 мг вина або 1 л пива?		Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
4. Як часто за останній рік Ви відчували, що не можете зупинитися, коли починаєте пити?		Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
5. Як часто за останній рік Ви не змогли зробити те, що пообіцяли?		Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
6. Як часто за останній рік Вам потрібно було опохмелитися зранку?		Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
7. Як часто за останній рік у Вас було відчуття провини після випивки?		Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
8. Як часто за останній рік Ви не могли згадати події дня, коли Ви вживали алкоголь?		Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
9. Чи було таке, що після вживання		Ніколи		Так, але це було		Так, протягом



алкоголю Ви наносили собі або іншим тілесні ушкодження?			давно (понад рік тому)		цього року
10. Чи було таке, що хтось зі знайомих (родич, друг, лікар) радили Вам кидати вживати алкоголь?	Ніколи		Так, але це було давно (понад рік тому)		Так, протягом цього року

### Обробка результатів:

*Помірне вживання алкоголю:* Людина випиває не більше 25 мл спирту в день (60 мг горілки, 150 мг кріпленого вина, 150 г сухого вина, 0,5 л. пива) на день. Випиває не частіше 5 разів на тиждень. Ніколи не п'є в наступних випадках: за кермом або при поведженні з технікою; під час вагітності та годування груддю; під час прийому ліків, що не поєднуються з алкоголем; якщо це протипоказано за станом здоров'я; якщо не може контролювати споживання алкоголю.

**1-7 балів** – Безпечне вживання алкоголю (ризик алкоголізму мінімальний)

**8-15 балів** – Небезпечне вживання алкоголю (сталий тип вживання), що зумовлює виникнення проблем зі здоров'ям у недалекому майбутньому

**16-19 балів** – Шкідливе вживання алкоголю, який завдає шкоди фізичному і психічному здоров'ю. Стадія остаточного формування синдрому абстиненції (похмілля)

**20 балів і вище** – Синдром алкогольної залежності.

### Опитувальник AUDIT-C (скорочена форма AUDIT)

Питання	Варіанти відповідей та відповідні бали					
	0		1	2	3	4
1. Протягом останнього року як часто Ви вживали алкогольні напої?	Ніколи		1 раз на місяць або рідше	2-4 рази на місяць	2-3 рази на тиждень	4 та більше разів на тиждень
2. Протягом останнього року скільки доз алкоголю Ви вживаєте на день? **	Не п'ю	1-2	3-4	5-6	7-9	Понад 10
3. Протягом останнього року чи вживали Ви за один раз 6 або більше доз алкоголю?	Ніколи		Менше ніж 1 раз на місяць	1 раз на місяць	Щотижня	Майже щодня

\*\* Одна доза алкоголю – це 60 мг горілки, 150 мг кріпленого вина, 150 г сухого вина, 0,5 л. пива.

**Обробка результатів:** для чоловіків 4 бали і вище, для жінок 3 бали та вище свідчать про ризик алкоголізму.

## Шкала атитюдів щодо паління та вживання алкоголю

(J.Francis, M.P.Eccles, M.Johnston, 2004)

Оцініть за 5-тибальною шкалою Ваше ставлення до паління та вживання алкоголю:

### Паління – ....

Нешкідливе для здоров'я	1	2	3	4	5	Шкідливе для здоров'я
Хороша звичка	1	2	3	4	5	Погана звичка
Приємне (для мене)	1	2	3	4	5	Неприємне (для мене)
Потрібне у багатьох ситуаціях	1	2	3	4	5	Непотрібне у багатьох ситуаціях

### Вживання алкоголю – ...

Нешкідливе для здоров'я	1	2	3	4	5	Шкідливе для здоров'я
Хороша звичка	1	2	3	4	5	Погана звичка
Приємне (для мене)	1	2	3	4	5	Неприємне (для мене)
Потрібне у багатьох ситуаціях	1	2	3	4	5	Непотрібне у багатьох ситуаціях

*Обробка результатів:* загальний бал коливається від 8 до 40. Чим нижчий бал – тим позитивніше ставлення до паління та вживання алкоголю.

Позитивний вплив алкоголю на організм людини:

\*) \*) \*)

Негативний вплив алкоголю на організм людини:

\*) \*) \*)

Позитивний вплив паління на організм людини:

\*) \*) \*)

Негативний вплив паління на організм людини:

\*) \*) \*)

Для вимірювання атитюдів щодо алкоголю можна застосовувати зокрема опитувальники DMQ (M.L.Cooper, 1994), DMQ-R (E.Kuntsche, 2006), DMQ-R SF (E.Kuntsche, S.Kuntsche 2009), який містить чотири шкали: 1. Копінг («Для того, щоб забути свої проблеми»), 2. Соціальність («Для того, щоб бути членом колективу»), 3. Покращення самопочуття («Для того аби почувати себе краще»). Кожне із тверджень оцінюється за шкалою від 1 (ніколи) до 5 (дуже часто, завжди), 4. Конформність («П'ю бо так роблять мої друзі»).

### Опитувальник мотивації до вживання алкоголю DMQ-R SF

(E.Kuntsche, S.Kuntsche 2009)

1. Алкоголь дозволяє отримати більше задоволення від вечірки (Соціальність).
2. Завдяки алкоголю спілкування стає веселішим (Соціальність).
3. Без алкоголю на святі не цікаво (Соціальність).
4. Алкоголь загострює відчуття, робить свято більш яскравим (Покращення самопочуття).
5. Завдяки алкоголю я отримую кайф на святі (Покращення самопочуття).
6. Завдяки алкоголю на святі всім весело (Покращення самопочуття).
7. Алкоголь дозволяє забути про проблеми (Копінг).
8. Алкоголь знімає напругу та покращує настрій (Копінг).
9. Алкоголь допомагає відчувати більшу впевненість у собі (Копінг).



3. Якби я захотів, то назавжди кинув би палити

Абсолютно не згоден                    1 2 3 4 5 Абсолютно згоден

4. Моя поведінка щодо паління цілком залежна від думки про мене оточуючих

Абсолютно не згоден                    1 2 3 4 5 Абсолютно згоден

### **Вживання алкоголю**

1. Я можу контролювати кількість випитого мною алкоголю

Абсолютно не згоден                    1 2 3 4 5 Абсолютно згоден

2. НЕ вживати алкоголь для мене ...

Дуже складно                            1 2 3 4 5 Дуже складно

3. Якби я захотів, то назавжди кинув би вживати алкоголь

Абсолютно не згоден                    1 2 3 4 5 Абсолютно згоден

4. Моя поведінка щодо алкоголю цілком залежна від думки про мене оточуючих

Абсолютно не згоден                    1 2 3 4 5 Абсолютно згоден

*Обробка результатів:* загальний бал коливається від 8 до 40. Чим вищий бал – тим більше людина контролює власну поведінку, пов'язану із палінням та вживанням алкоголю. значущі інші впливають на зловживання досліджуваним алкоголем і тютюном.

Що або хто змушує Вас відмовитися від вживання алкоголю / паління?

\*)    \*)    \*)

Що або хто перешкоджає Вам відмовитися від вживання алкоголю / паління?

\*)    \*)    \*)

Як можна самостійно контролювати кількість вжитого Вами алкоголю та кількість випалених цигарок?

\*)    \*)    \*)

### **Опитувальник інтенцій щодо паління та вживання алкоголю**

(J.Francis, M.P.Eccles, M.Johnston, 2004)

*Оберіть відповідь, яка максимально відображає Ваші думки щодо поданих нижче тверджень:*

#### **Паління**

1. Я маю намір кинути палити протягом найближчих 2-х місяців

Абсолютно не згоден                    1 2 3 4 5 Абсолютно згоден

2. Як часто Ви хочете кинути палити протягом найближчих 2-х місяців?

Дуже рідко                                1 2 3 4 5 Дуже часто

#### **Вживання алкоголю**

1. Я маю намір кинути вживати алкоголь протягом найближчих 2-х місяців

Абсолютно не згоден                    1 2 3 4 5 Абсолютно згоден

2. Як часто Ви хочете кинути вживати алкоголь протягом найближчих 2-х місяців?

Дуже рідко                                1 2 3 4 5 Дуже часто

*Обробка результатів:* загальний бал коливається від 4 до 20. Чим вищий бал – тим більше людина вмотивована кинути палити і вживати алкоголь протягом найближчих двох місяців.

*Опишіть людину, яка планує кинути вживати алкоголь:*

Через 1 день після припинення вживання алкоголю:

\*)    \*)    \*)

Через 1 тиждень після припинення вживання алкоголю:

\*) \*) \*)

Через *1 місяць* після припинення вживання алкоголю:

\*) \*) \*)

Через *1 рік* після припинення вживання алкоголю:

\*) \*) \*)

Аналогічно робляться описи й щодо паління.

### Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire, PHQ)

Методика скринінгової діагностики депресії, генералізованого тривожного розладу, алкогольної залежності, розладів харчової поведінки, панічних та соматоформних розладів. Використовується як самозвіт, при очному чи телефонному опитуванні пацієнтів.

Протягом <b>останніх 2 тижнів</b> наскільки часто Вас турбували наступні проблеми? ( <i>обведіть кружечком</i> )	Ніколи	Декілька днів	Більшу половину часу	Майже кожного дня
1. Відсутність інтересу до життя, незадоволеність своїм повсякденним життям	0	1	2	3
2. Відчуття безмістовності життя, депресія та безнадія	0	1	2	3
3. Порушення сну: неможливість заснути або виражена сонливість	0	1	2	3
4. Відчуття втоми та спустошеності	0	1	2	3
5. Поганий апетит або переїдання	0	1	2	3
6. Зниження самооцінки, звинувачення себе у власних проблемах і проблемах сім'ї	0	1	2	3
7. Труднощі концентрації уваги навіть при перегляді телепередач чи читанні новин	0	1	2	3
8. Оповіщеність мовлення або навпаки надмірна метушливість, які помітні оточуючим	0	1	2	3
9. Думки про смерть або заподіяння собі шкоди	0	1	2	3

Наскільки сильно Ваш стан впливає на працездатність, спілкування з різними та друзями (поставте +):

Не впливає \_\_\_\_ Є певні труднощі \_\_\_\_ Впливає сильно, труднощі виражені \_\_\_\_

Впливає дуже сильно, труднощі сильно виражені \_\_\_\_\_

Загальний бал \_\_\_\_\_ Вираженість депресії \_\_\_\_\_

*Результати діагностики за методикою PHQ-9*

Бали за PHQ-9	Діагноз	Рекомендації
0-4	Депресія відсутня або мінімально виражена	Психоедукація
5-9	«Легка» (субклінічна) або хронічна депресія (*)	Психоедукація, спостереження за динамікою, повторна діагностика
10-14	Дистимія (**) Клінічна депресія помірної	Психоедукація Антидепресанти і / або психотерапія
15-19	Клінічна депресія, середньої важкості	Антидепресанти і / або психотерапія
>20	Клінічна депресія, сильно виражена так звана «значна» депресія	Антидепресанти і / або психотерапія

(\*) якщо симптоми спостерігаються два роки та більше; якщо в анамнезі є прийом антидепресантів

(\*\*) якщо симптоми спостерігаються щонайменше два роки та незначно порушують загальне функціонування

**Опитувальник первинної оцінки симптомів ПТСР  
(Primary Care PTSD Screen, PC-PTSD-5)**

Іноді з людьми стаються дуже страшні, жахливі, травматичні події. Наприклад:

- серйозна аварія або пожежа
- фізичне або сексуальне насильство
- землетрус або повінь
- війна
- людина стає свідком вбивства або поранення іншої людини
- кохана людина стає жертвою вбивства або вмирає шляхом самогубства

Чи маєте Ви досвід переживання таких подій? ТАК      НІ

Якщо НІ, опитування завершено.

Якщо ТАК, дайте відповідь на наступні питання:

**Протягом минулого місяця ....**

1. Вам снилися неприємні сні про цю подію або були неприємні думки, від яких Ви не могли позбутися?	ТАК	НІ
2. Вам було складно не думати про цю подію (події) або Ви намагалися уникати ситуацій, що про них нагадували?	ТАК	НІ
3. Ви постійно були насторожі чи проявляли підвищену пильність?	ТАК	НІ
4. Ви відчували заціпеніння або відстороненість від оточуючих людей і подій?	ТАК	НІ
5. Відчували свою провину, постійно звинувачували себе або інших людей у тому, що сталося?	ТАК	НІ

Результат \_\_\_\_\_

Існує потреба поглибленої діагностики ПТСП, якщо пацієнт дав три або чотири позитивні відповіді.

### **Шкала задоволеності життям** (Satisfaction with Life Scale, SWLS 1985)

**Опис методики.** Шкала, створена для вимірювання загальної когнітивної оцінки людиною задоволеністю власним життям. Досліджуваний зазначає наскільки він згоден або не згоден із кожним із п'яти пунктів методики, використовуючи для цього 7-бальну шкалу (де 7 – цілком згоден і 1 – абсолютно не згоден). Структура суб'єктивного благополуччя складається із двох компонентів – емоційного (афективного) та когнітивного. Увага дослідників прикута переважно до афективної складової, натомість когнітивний компонент, тобто задоволеність життям часто лишається малодослідженим. Дана методика (SWLS; E.Diener, R. A.Emmons, R. J.Larsen, S.Griffin, 1985) розроблена саме для визначення загальної когнітивної оцінки суб'єктом власного благополуччя (а не певної із його галузей – фінансового благополуччя чи гарного самопочуття). Рекомендована у якості додаткового інструменту психодіагностики осіб із емоційними проблемами і психопатологіями. Російськомовна адаптація та валідація – Д.Леонт'єв, Є. Осін (2003).

**Інструкція.** Нижче подано п'ять тверджень, з якими Ви можете погодитись чи не погодитись. Використовуючи 7-бальну шкалу визначте, наскільки Ви згодні із кожним із запропонованих тверджень. Намагайтесь бути максимально щирим, пам'ятайте, що правильних і неправильних оцінок тут не існує.

7 – цілком згоден

6 – згоден

5 – частково згоден

4 – складно відповісти

3 – частково не згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

**Текст методики:**

\_\_\_ Моє життя майже ідеальне

\_\_\_ Умови мого життя чудові

\_\_\_ Я задоволений своїм життям

\_\_\_ Нині я отримав від життя все, що хотів

\_\_\_ Якби я міг прожити своє життя заново, я не змінив би майже нічого

**Обробка результатів:**

31-35 балів	Повністю задоволений життям
26-30 балів	Задоволений життям
21-25 балів	Частково задоволений
20 балів	Нейтральне ставлення до життя
15-19 балів	Більше незадоволений життям, ніж задоволений
10-14 балів	Незадоволений життям
5-9 балів	Абсолютно незадоволений своїм життям

**Інтерпретація результатів:**

**30-35 – дуже високий показник**

Досліджувані, які отримали таку кількість балів, люблять своє життя і відчують, що справи у них йдуть добре. Їхнє життя не досконале, але вони відчують, що цього достатньо для отримання задоволення від кожного прожитого дня, навіть якщо доводиться долати проблеми чи боротися із повсякденними негараздами. Такі люди мають високий рівень соціальної підтримки, стабільну високу самооцінку та благополуччя у всіх сферах власного функціонування.

#### **25-29 – високий показник**

Досліджувані, які отримали бали у цьому діапазоні, загалом задоволені власним життям. Їхнє життя не досконале, але вони відчують сили, необхідні для подолання життєвих труднощів, в свою чергу проблеми не сприймаються як фатальні та мотивують для подальшого особистісного зростання.

#### **20-24 – середній показник**

Середнє значення задоволеності життям характерне для більшості людей в економічно розвинених країнах. Досліджувані переважно задоволені своїм життям, однак є галузі, які потребують суттєвого поліпшення, а деяка незадоволеність зумовлена саме необхідністю незначних життєвих змін.

#### **15-19 – показник дещо нижчий за середній**

Досліджувані, які отримали бали у цьому діапазоні, зазвичай мають проблеми в одній або двох галузях функціонування, відчують бажання щось змінити у житті, але часто не знають як це зробити. Тимчасова незадоволеність життям є нормальним і поширеним явищем, вона стимулює людину змінюватися та розвиватися, однак якщо такі результати спостерігаються у досліджуваного протягом 2-3 місяців – це може бути свідченням хронічної незадоволеності життям та потребувати психологічного втручання.

#### **10-14 – низька задоволеність життям**

Досліджувані із такою кількістю балів по суті не задоволені своїм життям. Вони мають декілька галузей, де їхні справи йдуть дуже погано. Зазвичай такий показник спостерігається як реакція на нещодавні критичні події – смерть родича чи друга, розлучення, втрата роботи. Людина відчуває себе нещасною, має низьку працездатність і потребує психологічної допомоги.

#### **5-9 – абсолютна незадоволеність своїм життям**

Досліджувані, які отримали бали у цьому діапазоні, як правило, вкрай незадоволені своїм нинішнім життям. У деяких випадках це реакція на деякі недавні критичні події, насамперед такі як смерть дружини (чоловіка), дитини чи близького друга, втрата роботи, інвалідність. В інших випадках, це реакція на хронічні проблеми, зокрема, алкоголізм, наркоманію, психічні хвороби. Незадоволеність виражена у всіх сферах життя. Людина потребує психологічної, а часто й психіатричної допомоги.

Зазвичай SWLS використовується у комплексі з методикою MLQ, оскільки дозволяють визначити різні аспекти благополуччя. SWLS – задоволеність життям як показник суб'єктивного благополуччя, а MLQ – сенс життя, як найважливіший індикатор благополуччя психологічного.



## Опитувальник сенсу життя

(The Meaning in Life Questionnaire, MLQ 2006)

**Опис методики.** Опитувальник, спрямований на визначення двох вимірів сенсу життя: наявність сенсу (чи вважає людина, що її життя має сенс) та пошук сенсу (наскільки людина мотивована на розуміння сенсу свого життя). Досліджувані оцінюють кожне із запропонованих 10 тверджень за 7-бальною шкалою від 1 (Абсолютно згоден) до 7 (Абсолютно незгоден).

На думку авторів методики сенс життя є потенційним посередником між релігійністю та психологічним здоров'ям, які визначають загальну задоволеність життям разом із оптимізмом та адекватною самооцінкою. Натепер дана методика застосовується у логотерапії та роботі із психотравмою, адже посттравматичне відновлення полягає у пошуку нового сенсу життя.

**Інструкція.** Будь ласка, знайдіть час, щоб думати про те, що робить ваше життя змістовним, що для Вас важливе та значуще. Оцініть наступні твердження за нижче вказаною шкалою. Пам'ятайте, що це дуже суб'єктивні питання, тут немає правильних чи неправильних відповідей.

1	2	3	4	5	6	7
абсолютно згоден	переважно згоден	частково згоден	складно відповісти	більше незгоден	переважно незгоден	абсолютно незгоден

### Текст методики

- \_\_\_\_\_ 1. Я розумію, сенс мого життя
- \_\_\_\_\_ 2. Я шукаю щось, що робить моє життя змістовним
- \_\_\_\_\_ 3. Я завжди намагаюсь досягти своїх життєвих цілей
- \_\_\_\_\_ 4. Моє життя має чітко визначену мету
- \_\_\_\_\_ 5. Я чітко розумію мету свого життя
- \_\_\_\_\_ 6. Я отримую задоволення від досягнення своїх життєвих цілей
- \_\_\_\_\_ 7. Я завжди шукаю те, що робить моє життя значущим
- \_\_\_\_\_ 8. Я шукаю своє життєве покликання
- \_\_\_\_\_ 9. Моє життя не має чіткої мети
- \_\_\_\_\_ 10. Я шукаю сенс свого життя

### Обробка результатів

Пункт 9 має зворотній ключ (де абсолютно згоден – 7 балів, а абсолютно незгоден – 1 бал).

Шкала Наявність сенсу – пункти 1, 4, 5, 6, і 9

Шкала Пошук сенсу – пункти 2, 3, 7, 8, і 10

Обчислюється сума балів за кожною шкалою (від 5 до 35).

## Опитувальник посттравматичного зростання

(Post Traumatic Growth Inventory)

**Опис методики.** Опитувальник посттравматичного зростання розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М.Ш. Магомед-Еміновим. Складається з 21 тверджень з шістьма можливими варіантами відповідей. Методика містить п'ять

шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя.

**Інструкція.** Вкажіть для кожного нижченаведеного твердження ступінь, в якому відповідна зміна відбулася в Вашому житті внаслідок кризової (травматичної) події, використовуючи наступну шкалу:

0	1	2	3	4	5
Жодних змін	Дуже незначні зміни	Невеликі зміни	Помірні зміни	Великі зміни	Дуже суттєві зміни

**Текст методики.**

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті
2. Я набагато краще розумію цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
4. Я став більш впевненим у собі
5. Я став краще розуміти духовні питання
6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях
7. Я скерував своє життя на новий шлях
8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими
9. Я охоче виражаю свої емоції
10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами
11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті
12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є
13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя
14. У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше
15. Я став більше співчувати іншим
16. Я докладаю більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми
17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін
18. Я став більш віруючим (релігійнішим)
19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав
20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди
21. Я краще розумію потреби інших людей

**Обробка результатів.** Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка проводиться по «сирому» балу. Потім за допомогою нормативної таблиці визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожною шкалою. Індекс посттравматичного зростання обчислюється як сума балів за усіма твердженнями.

Шкала	Кількість тверджень	Номер тверджень
Ставлення до інших (СІ)	7	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
Нові можливості (НМ)	5	3, 7, 11, 14, 17
Сила особистості (СО)	4	4, 10, 12, 19
Духовні зміни (ДЗ)	2	5, 18
Підвищення цінності життя (ПЦ)	3	1, 2, 13

Нормативні показники: [2]

Шкала	Низькі значення	Середні значення	Високі значення
Ставлення до інших (СІ)	0-14	15-24	25-35
Нові можливості (НМ)	0-9	10-15	16-25
Сила особистості (СО)	0-7	8-15	16-20
Духовні зміни (ДЗ)	0-3	4-6	7-10
Підвищення цінності життя (ПЦ)	0-6	7-11	12-15
Індекс посттравматичного зростання	0-32	33-63	64-105

### **Інтерпретація результатів.**

Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу.

*Шкала «Ставлення до інших».* Людина стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції, зокрема й співчуття іншим людям. Вона почала докладати більше зусиль задля встановлення взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребує їх підтримки та допомоги, стала більше цінувати інших людей.

*Шкала «Нові можливості».* Після кризової ситуації у людини з'явилися нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо.

*Шкала «Сила особистості».* Людина стала краще розуміти, що може додати життєві негаразди, виявилось, що вона значно сильніша, ніж вважала досі.

*Шкала «Духовні зміни».* Людина стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш віруючою.

*Шкала «Підвищення цінності життя».* У людини змінилися життєві пріоритети, вона стала цінувати кожен прожитий день, намагатися зробити його більш змістовним.

Отже, досліджувані з високим індексом посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчувають впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми.

### **Методика психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Нейм)**

**Опис методики.** Методика психологічної діагностики копінг-стратегії (Е. Нейм) дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копіngu (інакше типів поведінки, реагування на складну ситуацію, боротьби зі стресом), розподілених на три основні сфери психічної діяльності – когнітивні, емоційні і поведінкові копінг-механізми. Методика адаптована у лабораторії клінічної психології психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева.

**Інструкція:** Вам буде запропоновано ряд тверджень, що стосуються особливостей Вашої поведінки. Спробуйте згадати, яким чином Ви найчастіше вирішуєте стресові ситуації і ситуації, що потребують сильного емоційного напруження. Обведіть кружечком, будь ласка, той номер, який Вам підходить.

У кожному розділі тверджень необхідно вибрати лише один варіант, за допомогою якого Ви вирішуєте свої проблеми. Відповідайте, будь ласка, відповідно до того, як Ви справляєтеся з важкими ситуаціями протягом останнього часу. Довго не роздумуйте – важлива Ваша перша реакція. Будьте уважні!

**Тест методики.**

**А**

1. «Кажу собі: ниші є щось важливіше, ніж труднощі»
2. «Кажу собі: це доля, потрібно з цим змиритися»
3. «Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре»
4. «Я не втрачаю самовладання, зберігаю самоконтроль у складних ситуаціях та намагаюся нікому не показувати свій стан»
5. «Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що ж трапилось»
6. «Я кажу собі: порівняно із проблемами інших людей мої – це дрібниця»
7. «Якщо щось трапилось, на все воля Божа»
8. «Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися з цих труднощів»
9. «Я надаю своїм труднощам особливого змісту, долаючи їх, я розвиваюся та самовдосконалююся»
10. «Нині я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але згодом зможу впоратися і з ними, і з більш складними».

**Б**

1. «Я завжди обурююся несправедливістю долі до мене і виражаю свій протест»
2. «Я впадаю у відчай, ридаю і плачу»
3. «Я не дозволяю собі виражати емоції»
4. «Я завжди впевнений, що є вихід з важкої ситуації»
5. «Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені»
6. «Я впадаю у стан безнадійності»
7. «Я вважаю себе винним і отримую по заслугам»
8. «Я впадаю у лють, стаю агресивним»

**В**

1. «Я занурююся в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі»
2. «Я намагаюся допомогти людям і в турботах про них забуваю про свої проблеми»
3. «Намагаюся не думати про свої проблеми»
4. «Намагаюся відволіктися і розслабитися (з допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі тощо)»
5. «Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (подорожую, вивчаю іноземну мову тощо)»
6. «Я намагаюся залишитися наодинці з собою»
7. «Я співпрацюю із значущими для мене людьми для подолання труднощів»
8. «Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою»

**Обробка результатів:**

Когнітивні копінг-стратегії	Емоційні копінг-стратегії	Поведінкові копінг-стратегії
-----------------------------	---------------------------	------------------------------

А	Б	В
1. Ігнорування 2. Покора 3. Дисимуляція 4. Збереження самовладання 5. Проблемний аналіз 6. Відносність 7. Релігійність 8. Розгубленість 9. Надання сенсу 10. Встановлення власної цінності	1. Протест 2. Емоційна розрядка 3. Придушення емоцій 4. Оптимізм 5. Пасивна кооперація 6. Покірність 7. Самозвинувачення 8. Агресивність	1. Відволікання 2. Альтруїзм 3. Активне уникнення 4. Компенсація 5. Конструктивна активність 6. Відступ 7. Співпраця 8. Звернення

### **Інтерпретація результатів:**

**Адаптивні когнітивні копінг-стратегії** – форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів і можливих шляхів їх подолання, підвищення самооцінки і самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій.

**Адаптивні емоційні копінг-стратегії** – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації.

**Адаптивні поведінкові копінг-стратегії** – така поведінка особистості, коли вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким для подолання труднощів.

**Неадаптивні когнітивні копінг-стратегії** – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили і інтелектуальні здібностей, з умисною недооцінкою власних неприємностей.

**Неадаптивні емоційні копінг-стратегії** – варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, відчуттям безнадійності, покірності, переживанням злості і звинувачуваннями себе та інших.

**Неадаптивні поведінкові копінг-стратегії** – поведінка, яка передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від вирішення проблем.

**Відносно адаптивні копінг-стратегії** – тобто такі, конструктивність яких залежить від значущості та вираженості ситуацій подолання.

**Відносно адаптивні когнітивні копінг-стратегії** – форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів в порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

**Відносно адаптивні емоційні копінг-стратегії** – поведінка, спрямована на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням або на покладання відповідальності за вирішення труднощів іншим особам.

**Відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії** – поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за

допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань.

<b>Копінг-стратегії</b>	<b>Адаптивні</b>	<b>Неадаптивні</b>	<b>Відносно адаптивні</b>
<b>Когнітивні</b>	(A5) Проблемний аналіз (A10)Встановлення власної цінності, (A4) Збереження самовладання	(A2) Покора (A3) Дисимуляція (A1) Ігнорування (A8) Розгубленість	(A6) Відносність (A7) Релігійність (A9) Надання сенсу
<b>Емоційні</b>	(B1) Протест (B4) Оптимізм	(B3) Придушення емоцій (B6) Покірність (B7) Самозвинувачення (B8) Агресивність	(B2) Емоційна розрядка (B5) Пасивна кооперація
<b>Поведінкові</b>	(B2) Альтруїзм (B7) Співпраця (B8) Звернення	(B3) Активне уникнення (B6) Відступ	(B1) Відволікання (B4) Компенсація (B5) Конструктивна активність

# РОЗДІЛ 5. ПСИХОТЕРАПІЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

## ПСИХОТЕРАПІЯ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

У формуванні здорового способу життя людина проходить через п'ять стадій: первинної зацікавленості, роздумів, підготовки до дії, власне дії та збереження. Розглянемо кожен зі стадій детальніше:

*Стадія первинної зацікавленості* – людина не має наміру змінити поведінку в найближчому майбутньому (принаймні протягом наступних 6-ти місяців), характеризується відсутністю мотивації до змін, небажання спілкуватися на подібні теми, уникання всілякої інформації щодо даної проблеми.

*Стадія роздумів* – полягає у чітко висловленому намірі змінити свою поведінку протягом найближчих 6-ти місяців, але характеризується ваганнями, невпевненістю у доцільності змін, їх вартості (у тому числі й не грошовій), прагнення до змін по суті ще є амбівалентним.

*Стадія підготовки* характеризується висловленим наміром змінити поведінку протягом найближчих 30 днів. По суті це перехідна стадія, коли зміни ще не почалися, але намір чіткіше викристалізувався.

*Стадія дії* – коли особа зробила явні, помітні зміни способу життя протягом менш як за 6 місяців.

*Стадія збереження* – закріплення успішної поведінки, відсутність рецидиву протягом щонайменше 1 місяця, високий рівень самоефективності.

Замість поширеного раніше лінійного руху через різні стадії автори транстеоретичної моделі розглядають порядок змін, які відбувається по спіралі. При кожній спробі змінити свій спосіб життя, індивід проходить через одні й ті ж стадії. Однак чим більше спроб відбувається, тим ближчою людина стає до досягнення своєї мети – стабільного стану зміненої поведінки та позбавленням від шкідливих звичок.

Транстеоретична модель (ТТМ) – це інтегративна, біопсихосоціальна модель концептуалізації процесу навмисної зміни поведінки. У той час, коли інші моделі акцентували увагу лише на окремих аспектах зміни поведінки, зокрема на соціальних або біологічних впливах, ТТМ робить спробу інтеграції у комплексну теорію усі зміни, які можуть бути застосовані до різних видів поведінки широких верств, населення, тому й отримала назву транстеоретичної моделі.

Транстеоретична модель включає десять процесів зміни, які неоднаково виражені на різних стадіях: 1) краще усвідомлення (збільшення інформації про власну особистість та про актуальні для неї проблеми); 2) явне полегшення (відчуття і вираз власного ставлення до проблеми і методам її розв'язання); 3) соціальне визволення (зростання можливостей в суспільстві в зв'язку із відмовою від небажаної поведінки); 4) переоцінка власної особистості (оцінка того, що людина відчуває і думає про себе та стосовно своєї проблеми); 5) переоцінка оточення (оцінка того, як дана проблема впливає на оточення); 6) пошук альтернатив (можлива заміна для небажаної поведінки); 7) контроль за стимулами (уникнення або протистояння стимулам, що провокують небажану поведінку); 8) управління

підкріпленням (заохочення себе до змін); 9) самовизволення (вибір і прийняття рішень діяти, віра в здатність змінитися); 10) допомагаючі взаємини (відкритість і довіра в обговоренні проблем із людьми, яким особа довіряє). Перші п'ять - емпіричні процеси, останні – бігевіористичні процеси. Як правило, роль процесів на стадії первинної зацікавленості невелика; вона зростає на стадіях роздумів, підготовки і дії та знову знижується на стадії збереження. Окремі процеси досягають свого максимуму на різних стадіях.

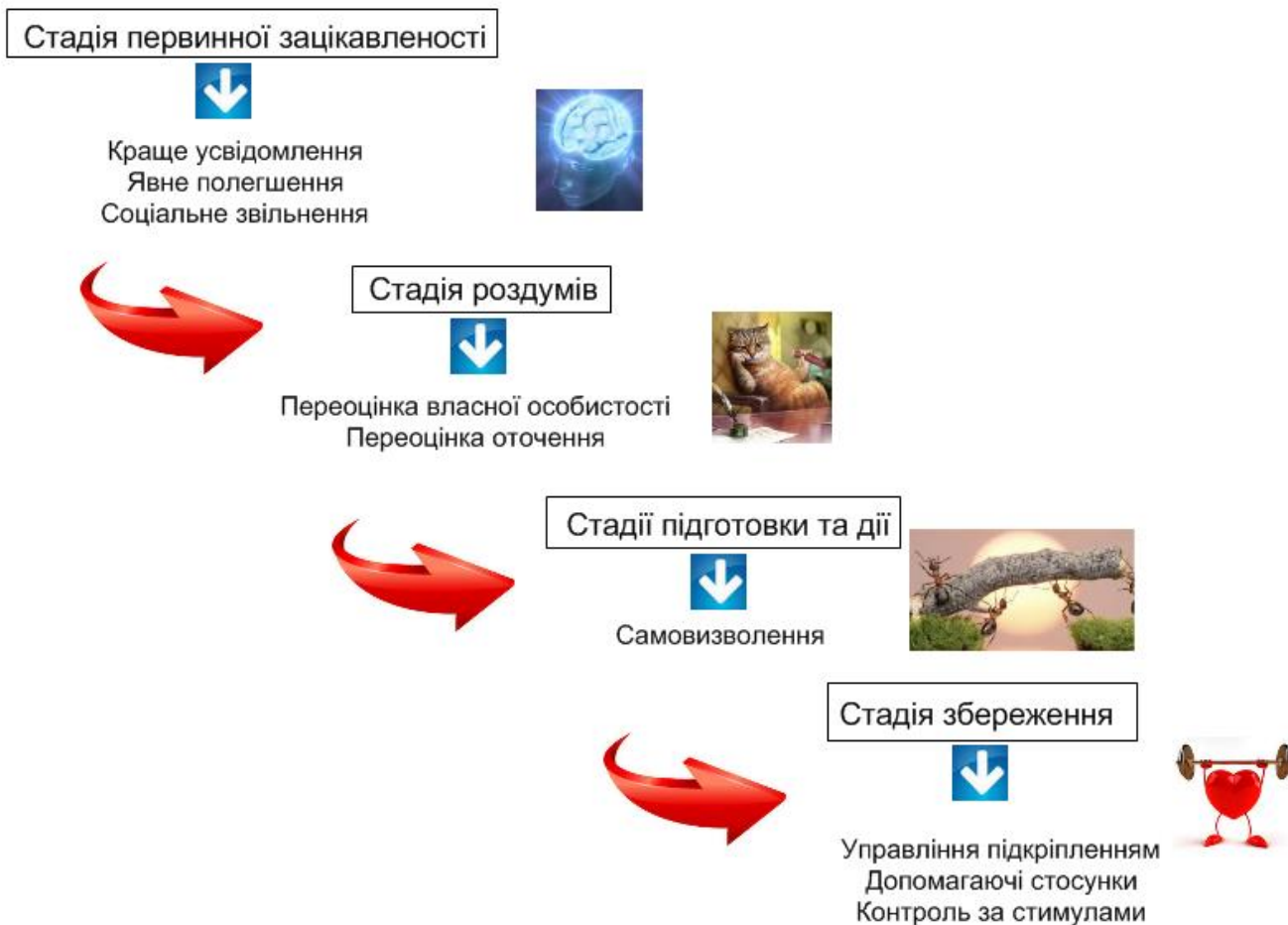


Рис. Залежність між стадіями і специфічними для них процесами зміни  
У таблиці представлено методики психокорекції стосовно восьми процесів змін.

Процес	Інтервенції
1. Краще усвідомлення	Краще розуміння себе та своєї проблеми, спостереження за своєю поведінкою та поведінкою людей із подібними проблемами, інтерпретації власних вчинків, конфронтація зі своїми різноспрямованими мотивами, психоедукація, книготерапія.
2. Переоцінка власної особистості	Перегляд ставлення до проблеми з урахуванням отриманої інформації, визначення власної системи



	цінностей та те, як цінності узгоджуються чи суперечать проблемі, уявлення себе в майбутньому з проблемою та без неї, аналіз свого минулого емоційного досвіду.
3. Явне полегшення	Вираження своїх переживань щодо проблеми в індивідуальних бесідах та рольових іграх, психодрама, символдрама, ведення щоденника.
4. Соціальне визволення	Визначення альтернатив життя без проблеми, прийнятих у даному суспільстві, набуття навичок спілкування без паління, алкоголю тощо.
5. Самовизволення	Прийняття рішення про готовність діяти у напрямку вирішення проблеми, прийняття відповідальності за свої вчинки, логотерапія, розвиток навичок асертивної (впевненої у собі) поведінки.
6. Пошук альтернатив	Набуття навичок зниження стресу, релаксація; десенсибілізація, когнітивне реструктурування.
7. Контроль за стимулами	Уникання стимулів, пов'язаних із проблемою (відсутність алкоголю чи цигарок в квартирі, невідвідування питущих компаній тощо).
8. Управління підкріпленням	Заохочення себе до змін, винагорода себе за успіхи.

Практичні рекомендації щодо психокорекції шляхом засобами транстеоретичної теорії.

1. *Необхідно оцінити на якій стадії готовності до змін перебуває клієнт.* Це можна зробити трьома способами: перший і найефективніший – попросити людину самостійно оцінити свій стан: «Чи вважаєте ви поведінку X своєю проблемою? Чи стурбовані ви поведінкою X?» (якщо ТАК – то це стадії роздумів, підготовки та дії, якщо НІ – первинної зацікавленості або збереження) і «Коли ви плануєте змінити поведінку X?» (якщо «не скоро» - стадія первинної зацікавленості; якщо «у наступному місяці» - стадія підготовки; якщо «зараз» - стадія дії); другий – послідовно ставити запитання стосовно різних аспектів проблемної поведінки; третій – протягом певного часу пояснювати клієнту особливості різних стадій та разом із ним визначати, на якій саме стадії перебуває клієнт у розв'язанні проблеми X.

2. *Слід пам'ятати, що не всі клієнти готові до роботи із проблемними ситуаціями.* Лише 20% усіх клієнтів вже на першій зустрічі перебувають на стадії дії; 35-40% - на стадії роздумів; 40-50% - на стадії первинної зацікавленості (по суті ще не усвідомлюють потребу у зміні своєї поведінки). Тому на перших етапах роботи варто обмежитись обговоренням відеоматеріалів, газетних публікацій, тобто говорити про проблему ніби вона не стосується власне клієнта, а когось іншого – широкий загал.

3. *Необхідно допомагати клієнту переходити від однієї стадії до іншої.* Якщо клієнт переходить на наступну стадію протягом першого місяця після початку психотерапії, втручання можна вважати ефективними.

4. *Необхідно розуміти, що клієнт на стадії дії прагне отримати якнайшвидший результат.* Тобто цілі, на досягнення яких повинен спрямовуватися клієнт, повинні бути чіткими, реальними, чітко визначеними у часі та відчуттях при їх досягненні. Наприклад, «Яка ваші плани на найближчу добу? Які завдання ви перед собою ставите? Як зрозумієте, що завдання виконане? Що при цьому відчуватимете?»

5. *Слід сприяти тому, аби людина відчувала інсайти (задоволення) від переходу з однієї стадії на іншу.* Зазвичай найсильніші емоції викликає перехід зі стадії первинної зацікавленості до стадії роздумів, коли неусвідомлена проблема стає актуальною, рівень супротиву терапії суттєво знижується, ригідність настановлень змінюється бажанням змін і певною гнучкістю у поведінці.

6. *Необхідно передбачати рециркуляцію (повернення назад із однієї стадії на іншу).* Як вже зазначалося, транстеоретична модель є спіралеподібною, а тому не поступальний, а спіральний рух у формуванні нових зразків поведінки не шкідливий, а нормальний і необхідний.

7. *Наголошуйте на тому, що зміни – це процес складної внутрішньої роботи клієнта, а не результат застосування психологом певних методик.* Власне зміни поведінки відбуваються як на терапевтичних сесіях, між ними та поза ними. Неможливо змінити поведінку без усвідомлення, лише когнітивне реструктурування зумовлює довготривалі зміни поведінки та розв'язання проблеми. При цьому нерідко вже досягнутий результат може бути нівельований сильним стресом, вторинною психотравматизацією тощо.

8. *Враховуйте залежність між стадіями і специфічними для них процесами зміни (рис.1).* На останній стадії «збереження» дуже важливою є соціальна підтримка, тому формувати так звану соціальну мережу, яка підтримуватиме клієнта і кого зможе підтримати власне клієнт, потрібно ще на стадії роздумів.

9. *Поважайте право клієнта на вибір, будьте гнучкими у спілкуванні.* Клієнт може обирати методики роботи із низки запропонованих психотерапевтом. Транстеоретична модель не є директивною терапевтичною технологією, у ній психотерапевт часто веде *сократичні діалоги*, спрямовані на досягнення клієнтом власних інсайтів, власної впевненості у своїх можливостях, а не механічне формування певних патернів поведінки. Відбувається й зміна ролей психотерапевта відповідно до зміни стадій, на яких перебуває клієнт. Так, на стадіях первинної зацікавленості, роздумів і підготовки до дій, терапевт виступає у ролі коуча, тобто особи, здатної запропонувати клієнту *декілька варіантів* планів дій та допомоги у

розробці власних стратегій вирішення проблеми. Натомість на стадіях дій та збереження, психотерапевт стає більше консультантом, що надає кваліфіковані поради та підтримку якщо результат досягається не так швидко, як би того хотілось клієнтові.

## **ПСИХОТЕРАПІЯ ПРИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДАХ ТА ДЕПРЕСІЇ**

Для людей, які страждають від гострої депресії, тривожності або психозів, як правило, традиційний психоаналіз не є ефективним, оскільки вони потребують екстрених – короткострокових та структурованих методик полегшення своїх симптомів. Однією з таких форм терапії є **психодинамічна міжособистісна терапія** (G. L. Klerman, 1984), яка базується на теорії прихильності (Дж. Боулбі), інтерперсональній теорії у психіатрії (Г.Салліван) та інтегративній психотерапії (G. L. Klerman, M. M. Weissman, 1969).

Створена спочатку для дітей, *теорія прихильності* була поширена на дорослі романтичні відносини в кінці 1980-х С. Хазан і Ф. Шейвером. У дорослих було виявлені чотири стилі прихильності: надійний, тривожно-заклопотаний, зневажливо-замкнутий і замкнуто-фобічний.



Дорослі з надійним типом прихильності, як правило, позитивно ставляться до себе, своїх партнерів та міжособистісних стосунків. Вони відчують себе комфортно в близькості і автономності, легко балансує між цими станами. Тривожно-заклопотані прагнуть до високого рівня близькості, прийняття і чуйності партнерів, стаючи надмірно залежними. Вони, як правило, недовірливі, невпевнені у собі та в своїх партнерах, нерідко занадто емоційні та імпульсивні у стосунках. Зневажливо-замкнуті дорослі прагнуть високого рівня незалежності, що часто проявляється в уникненні стосунків взагалі. Вони вважають себе самодостатніми, невразливими для чуттєвої прихильності; таким, що не потребують близьких стосунків, часто придушують свої емоції та не спілкуються із людьми, що негативно ставляться до них. Замкнуто-фобічні мають неоднозначне ставлення до близьких стосунків, одночасно прагнучи до них та відчуваючи дискомфорт від емоційної близькості. Вони, як правило, не довіряють своїм партнерам, уникають близькості, пригнічуючи свої почуття.

Інтерперсональний психоаналіз – це альтернативний напрям американського психоаналізу, що розвивався з 1920-х років Г. С. Салліваном та його послідовниками. В його основі лежать три принципи, запозичені з біології: принцип комунального (суспільного) існування, принцип функціональної активності і принцип організації. При цьому Г.Салліван модифікує і поєднує у своїй концепції два найбільш поширених у США психологічні напрями: психоаналіз та біхевіоризм. Особистість, за Г.Салліваном, є не вродженою якістю, а формується в процесі спілкування людини з оточуючими, тобто особистість – це модель повторюваних міжособистісних, інтерперсональних відносин.

Міжособистісна психотерапія спочатку була розроблена для лікування депресії у дорослих та включена у клінічний протокол разом із фармакотерапією. Сьогодні психодинамічну міжособистісну терапію успішно застосовують в лікуванні депресії у підлітків, людей похилого віку і хворих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Крім того, вона використовується при лікуванні низки інших захворювань, в тому числі: зловживання наркотичними речовинами; булімії і анорексії; біполярних розладів; дистимії, панічних нападів, наслідків черепно-мозкових травм, а також змін психічного стану у вагітних жінок.

Сеанси проводяться зазвичай раз на тиждень. При цьому реконструкції дитячих переживань увага майже не приділяється, натомість акцентується на проблемах, що виникають в процесі взаємодії клієнта з іншими людьми. Метод вільних асоціацій, як правило, замінюється обговоренням найбільш актуальних питань, де ініціатива йде вже не так від клієнта, як від психотерапевта.

**Головною метою** даного виду терапії є зниження гостроти симптомів та покращення соціальної адаптації клієнта, а **основним принципом** – оперативність, тобто робота із конкретною актуальною проблемою «тут-і-зараз».

#### **Фази психодинамічної міжособистісної терапії:**

1) *оцінка* – шляхом стандартного клінічного інтерв'ю визначаються особливості психологічного стану клієнта, його готовність до психотерапії;

2) *початкові сеанси* – основний акцент робиться на психоедукації, тобто інформуванню клієнта про особливості його хвороби та наслідки у випадку відмови від лікування, пояснення ключових аспектів психотерапевтичної допомоги, визначення кола соціальних контактів та соціальної підтримки клієнта, аналіз особливостей міжособистісних стосунків клієнта та того, як вони впливають на його актуальні проблеми, визначення стратегій вирішення подібних проблем клієнтом у минулому;

3) *основні сеанси* – виявлення 1-2 актуальних проблем (зазвичай пов'язаних із міжособистісною взаємодією) і робота над ними (розвиток комунікативних вмінь, навичок активного слухання, вміння казати «ні», просити про допомогу тощо); велика увага приділяється й тому, аби клієнт самостійно склав список справ на найближче майбутнє (1-3 місяці) та за допомогою терапевта окреслив коло осіб, з якими необхідно буде встановити стосунки щоб намічені справи вирішити; для прикладу слід взяти плани на тиждень та повідомляти терапевта про успішність встановлення необхідних для їх реалізації міжособистісних стосунків.

4) *завершальні сеанси* – підведення підсумків терапії, складання плану самостійного вирішення подібних проблем клієнтом у майбутньому.

5) *сеанси підтримки* – разові консультування щодо самостійної роботи клієнта над попередніми (пропрацьованими протягом основних сеансів) проблемами.

#### **Основні проблеми клієнта у міжособистісній терапії:**

- *Горе*. Переживання горя (важкої втрати) складається із таких компонентів як печаль, відчай, гнів і тривога, які поступово стають менш інтенсивними та поступаються місцем новим інтересам та стосункам, що виникають замість втрачених. Робота з горем (Stuart & Robertson, 2003) полягає у: 1) усвідомленні клієнтом того, що він відчуває горе; 2) висвітленні

клієнтом обставин втрати; 3) визначенні точного часу (часового періоду) даної втрати; 4) допомога клієнту усвідомити весь спектр переживань, пов'язаних із втратою; 5) заохочення клієнта до розмов про свою втрату з іншими людьми; 6) допомога клієнту попроситися з померлою людиною, відпустити її, написати їй листа про те, що не сказано; 7) допомога у побудові нових стосунків.

- *Міжособистісні суперечки* (у тому числі побутові конфлікти, насильство, вербальна агресія, подружні зради, ревності, розчарування стосунками, навчанням, роботою тощо, подавлені конфлікти зумовлені переживаннями щодо хвороби рідних чи власною інвалідністю). Розв'язання даних проблем проходить через три стадії: 1) перемовини (у тому числі клієнта із самим собою) про необхідність змін; 2) усвідомлення неможливості самостійно вирішити проблему та змінити своє життя; 3) активна участь у психотерапії.

- *Рольові конфлікти* (втрата роботи, зміна посади, еміграція, одруження, розлучення, батьківство, адаптація до хронічного болю та/або фізичних обмежень, адаптація до ролі пацієнта чи до статусу біженця). Завданнями психотерапії є: 1) окреслення можливостей, які давала попередня роль та які даватиме роль теперішня, усвідомлення наявності життєвих перспектив у новій ролі; 2) висловлення своїх емоцій та почуттів стосовно попередньої та актуальної ролі; 3) формування життєвих навичок, необхідних для виконання теперішньої ролі.

- *Міжособистісний дефіцит* – це труднощі у формуванні та підтриманні стосунків, що зумовлюють самотність та соціальну ізоляцію. Зазвичай майже всі клієнти з депресією, ВІЛ, ПТСР, розладами харчової поведінки характеризуються відсутністю близьких стосунків (з партнером, батьками, іншими значущими особами). Показниками міжособистісного дефіциту є відсутність друзів, вузьке коло соціальних контактів, виражена конфліктність, агресивність у стосунках з іншими, складність встановлення контакту із психотерапевтом також є показником міжособистісного дефіциту. Завданнями психотерапії у даному випадку є: 1) покращення актуального соціального функціонування клієнта (допомога в організації дозвілля, колективного виконання роботи тощо); 2) розвиток навичок довіряти іншим людям, просити у них про допомогу та самому у разі потреби надавати її; 3) зниження гостроти реакцій клієнта на міжособистісні стресори. Крім того, клієнту важливо проаналізувати свої очікування у стосунках з іншими людьми, визначити ефективні та неефективні стосунки у минулому й детально охарактеризувати їх.

Незалежно від виду розладу (депресії, анорексії/булімії, ПТСР тощо) терапевт наголошує, що труднощі у міжособистісних стосунках завжди є їх невід'ємною складовою. Про міжособистісні стосунки клієнта терапевт дізнається з автобіографічного опису (у якому соціальному контексті розвивався розлад чи виникла актуальна проблема), із оцінки клієнтом якості свого життя (наявності друзів, задоволеності роботою, дозвіллям тощо) та із окреслених клієнтом планів на майбутнє (яке місце у них займає спілкування та стосунки з іншими людьми).

## **СТРУКТУРНЕ ІНТЕРВ'Ю У РОБОТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА**

О. Кернберг у співпраці з М. Стоуном розробив **структурне інтерв'ю**. Особливість взаємодії з інтерв'єром, в тому числі маніпулятивні зусилля пацієнта, враховуються при постановці діагнозу.

*Початкова фаза структурного інтерв'ю.*

Добре почати інтерв'ю із декількох послідовних питань щодо очікувань клієнта від терапії.

- Мені цікаво дізнатися, що привело Вас сюди?
- Які Ваші основні проблеми?
- Що Ви очікуєте від терапії?

Якщо інтерв'ю відбувається під час консультації в лікарні (госпіталі, поліклініці) питання можуть бути наступними:

- Я вже мав можливість дещо дізнатися про Ваші труднощі, але мені дуже хочеться почути безпосередньо від Вас, як особисто Ви бачите свою проблему?
- Хоча у мене буде можливість дізнатися про Ваші проблеми від персоналу (або від того, хто направив вас на консультацію тощо), зараз я нічого про Вас не знаю, розкажіть про себе.
- Ви розповіли мені про Ваші проблеми, а тепер я хотів би дізнатися більше про те, яка Ви людина. Якщо можете, опишіть, яким Ви себе уявляєте і що мені важливо знати, аби краще зрозуміти Вас.

Такий вступ дозволяє клієнту почати розмову про свої симптоми і про те, що змусило його звернутися за допомогою, водночас залишаючи можливість включити в свою розповідь і інші проблеми. Терапевт може побічно оцінити, наскільки сам пацієнт усвідомлює свої порушення і наскільки він хоче від них позбутися, а також наскільки реальні або нереальні його очікування щодо терапії і як він реагував на рекомендації, що пропонувалися йому раніше.

*Середня фаза структурного інтерв'ю.*

### 1) Для клієнтів із межовою особистісною організацією.

Таким клієнтам характерно змішування інформацію про своє минуле зі своїми актуальними труднощами. У таких випадках краще зібрати відомості про минуле лише в загальних рисах, не намагаючись інтерпретувати картину минулого, описану клієнтом, тобто інформацію про минуле треба приймати такою, якою її дає клієнт.

При описі інших людей клієнт не здатен чітко окреслити значущих інших, а часто зосереджений на собі (нерідко із самовозвеличуванням й певним презирством у ставленні до терапевта: «Та що Ви розумієте? «Ви не були у моїй ситуації». «А у Вас є діти?»»).

Коли терапевт починає досліджувати мотиви, які змусили прийти на консультацію, і уявлення про терапію, клієнти відразу видають хаотичний вінегрет з даних про себе, набір нереалістичних очікувань. Так, наприклад, пацієнтка у відповідь на питання, що змусило її прийти на консультацію,



може почати плакати, а коли терапевт починає досліджувати причини її плачу (зокрема, намагаючись зрозуміти, чи немає тут гострої або важкої депресії), вона відразу відповідає, що плаче тому, що ніхто не слухає, що вона каже, і що всі, у тому числі і терапевт, на стороні її матері, з якою у неї серйозні конфлікти.

Далі слід заглибитися в життєву ситуацію клієнта на даний момент і в його стосунки з іншими людьми.

У типового межового клієнта невротичні симптоми змішані з дифузними, генералізованими хаотичними проблемами, що відображають серйозні особистісні порушення, йому часто буває важко чітко відтворити картину свого життя. Початкові відомості про історію життя клієнтів із межевою особистісною організацією часто виявляються всього-на-всього актуальним конфліктом зі значущими іншими, перенесеним у минуле.

## 2) Для клієнтів із психотичною особистісною організацією.

До цієї групи належить весь спектр шизофренії, афективні психози і параноїдні психози. У всіх цих клієнтів порушена здатність до тестування реальності (здатність розрізняти психічні образи і зовнішні об'єкти, фантазії та реальність).

Можна вважати, що здатність до тестування реальності наявна у тому випадку, коли у пацієнта немає і не було галюцинацій або марення, або, якщо у нього були галюцинації або марення в минулому, але зараз він в цілком здатен критично до них ставитися, включаючи здатність висловлювати стурбованість або здивування з приводу цих феноменів.

Про здатність тестувати реальність свідчать наступні ознаки: (1) відсутність галюцинацій і марення; (2) відсутність явно неадекватних форм афектів, мислення і поведінки; (3) якщо оточуючі не помічають неадекватності поведінки або дивакуватість клієнта з точки зору соціальних норм звичайної людини; 4) клієнт здатний відчувати емпатію до переживань інших і брати участь в їх інтерпретації.

Дослідження можна почати з перевірки уваги клієнта:

- Я поставив Вам питання, і Ви не відповіли. Ви добре розчули і зрозуміли, що я сказав?

Якщо клієнт продовжує мовчати, то треба переконатися в тому, що він чує і розуміє, що він може погоджуватися або не погоджуватися з терапевтом, висловлюючи це кивками або ще якимись сигналами.

Тестування реальності треба відрізнити від спотворень суб'єктивного сприйняття реальності, яке може з'явитися у будь-якого клієнта під час психологічних труднощів. Такі клієнти зазвичай здатні відповісти на питання, що перевіряють сферу відчуттів, тобто розуміння і ставлення щодо актуальної ситуації, однак при цьому присутні певні викривлення, пов'язані насамперед із психотравмою.



Іноді бувають клієнти з психозами, які при першому контакті розмовляють досить адекватно і вільно. Лише коли терапевт, вважаючи, що має справу з серйозною патологією характеру, досліджує тестування реальності, він виявляє її відсутність. Ось приклад питання, який показує, як терапевт може підійти до даної проблеми:

- Ви сказали, що іноді відчуваєте себе Ісусом Христом, хоча, зрозуміло, знаєте, що насправді Ви – не Ісус Христос. Але, може бути, що Ви все ж вірите, що Ви Ісус Христос, але боїтеся, що, якщо про це дізнаюся я або інші, вони подумают, що Ви божевільний?

- Я помітив, що Ви говорили зі мною підозріло і налякано, так ніби я є для Вас небезпечним. Я також помітив, що Ви дратувалися, коли я ставив деякі питання (як, наприклад, ...). Чого насправді боїтесь Ви: мене чи свого критичного ставлення до мене або спрямованої на мене злості?

### 3) Для клієнтів із невротичною особистісною організацією.

Клієнти із симптоматичними неврозами здатні осмислено розповісти про те, що змусило їх звернутися за допомогою, в чому їх основні проблеми, чого вони



очікують від терапії і що думають з цього приводу. Такі клієнти не виявляють дивних або абсурдних форм поведінки, емоцій або думок. Збережена здатність тестувати реальність дозволяє відкинути припущення про психоз, а нормальні сфера відчуттів, пам'ять і рівень інтелекту дозволяють виключити синдром органічного ураження мозку. Такі клієнти, коли терапевт просить їх розповісти про щось

докладніше, здатні осмислено розгорнути картину своїх симптомів. Вони чітко розуміють не тільки зміст питань терапевта, а й більш тонкий непрямий сенс цих питань.

Головним фокусом уваги терапевта стає сфера патологічних рис характеру. Питання спрямовані на складності клієнта у сфері міжособистісних відносин, у сфері адаптації до оточення, а також на те, як він сприймає свої психологічні потреби.

- Зараз я хочу дізнатися більше про Вас як про людину, про те, яким Ви бачите себе, як, Вашу думку, Вас сприймають оточуючі, про все, що допомогло б мені за цей короткий час отримати про Вас цілісне уявлення.

Мета терапевта – оцінити, якою мірою клієнту властиві суперечливі один одному Я-репрезентації (ознака дифузійної ідентичності) або ж наскільки у нього цілісний, добре інтегрований образ Я. Іншими словами, ми не припускаємо повної гармонії у клієнтів-невротиків, але у них повинна існувати цілісна Я-концепція, на основі якої терапевт створює уявний образ клієнта.

Наступні питання стосуються значимих інших у житті клієнта.

- Розкажіть, будь ласка, про людей, які багато значать у Вашому житті.

- Спробуйте розповісти що-небудь про них так, щоб я міг собі їх чітко уявити.



### *Заклучна фаза структурного інтерв'ю.*

Закінчивши дослідження невротичних симптомів і патологічних рис характеру, оцінивши основні механізми захисту, синдром дифузійної ідентичності, тестування реальності і ключові симптоми психозів або органічних церебральних порушень, терапевт повинен сказати клієнту, що завдання виконане. Потім він повинен запропонувати пацієнтові додати те, що йому здається важливим або те, про що він вважає за потрібне повідомити терапевта:

- Що, на Вашу думку, я мав би у Вас запитати, але не запитав?

На кінцеву фазу інтерв'ю важливо залишити достатню кількість часу: не тільки, щоб дати можливість клієнту задавати питання, але щоб і терапевт міг відповісти на них і приділити увагу несподіваною тривозі або іншим проблемам. Терапевт може повідомити клієнтові, що зрозумів його стан або ж треба продовжувати процес встановлення діагнозу. У будь-якому випадку терапевт може висловити бажання отримати додаткову потрібну інформацію з інших джерел. Більшість пацієнтів здатні оцінити чесність терапевта, який визнає, що, хоча багато чого дізнався, цього поки недостатньо для прийняття рішення про необхідну (якщо вона взагалі потрібна) терапію.

**Основними цілями** сфокусованої на перенесенні терапії є підвищення поведінкового контролю, покращення емоційної регуляції та здатності досягати поставлених цілей.

#### **Етапи психотерапії:**

Етап 1. За допомогою метафор сформулювати особливості міжособистісних стосунків клієнта (використовуючи малюнки, метафоричні карти, притчі або інші короткі тексти). Клієнт робить це самостійно, терапевт лише інтерпретує ці стосунки з точки зору їх впливу на теперішнє життя клієнта.

Етап 2. Спостереження за стосунками в системі «клієнт-терапевт». Ідеалізація терапевта змінюється на агресію щодо нього. Подібне завдяки тактиці переносу відбувається й у сфері міжособистісних стосунків, коли клієнт спочатку наділяє партнера ідеальними якостями, а потім розчаровується у ньому. На прикладі стосунків терапевта та клієнта терапевт пояснює клієнту цю особливість та допомагає прийняти клієнту партнерів по спілкуванню такими якими вони є, з усіма їх чеснотами та недоліками.

Етап 3. Інтерпретація «позитивних» і «негативних» переносів: з'ясування причин, чому клієнт ідеалізує певних осіб і навпаки, одразу ж вороже ставиться до інших.

*Приклад, клієнтка віком 35 років із вираженою депресією, хронічними суїцидальними думками та нездатністю підтримувати соціальні стосунки.* Завдяки структурному інтерв'ю було встановлено межову особистісну організацію із рисами нарцисизму. Потім терапевт запропонував клієнтці окреслити коло відповідальності її та терапевта в процесі терапії. Клієнтка більшість відповідальності поклала на терапевта, акцентуючи увагу на своїй слабкості, нездатності діяти у різних ситуаціях, при цьому вона часто негативно висловлювалась про інших людей, звинувачуючи їх у своїх проблемах (у випадку терапії в її неефективності буде винен саме терапевт, але аж ніяк не клієнтка, яка подібним чином діє й у інших ситуаціях спілкування). Водночас клієнтка залишила за собою право контролювати

всі дії терапевта та критично до них ставитись: «Якщо я не контролюватиму Вас, Ви залишите мене як й усі інші люди». Відповідно актуалізувалась потреба у контролі як прояв страху клієнтки бути самотньою. Подальша робота стосувалася розвитку навичок довіри до інших, вміння відкрито просити про допомогу та отримувати її без негативного ставлення до того, хто її надає. Довіра до інших та до самої себе дозволили клієнтці взяти на себе відповідальність за власне життя, вираженість симптомів депресії у неї суттєво зменшилась.

## ПРАКТИЧНІ ВПРАВИ

**Вправа 1.** На цьому тижні спробуйте постежити за своїм мовленням, а також за мовленням своїх рідних і друзів. Уважно прислухайтеся і відзначаєте про себе, коли хтось використовує наведені у розділі про мета-моделі у спілкуванні трансформаційні процеси (узагальнення, упуцнення та спотворення).

**Вправа 2.** Назвіть свої комплексні еквіваленти (наприклад, повага, любов, розуміння, турбота, близькість, дружба). Запишіть, що Ви точно маєте на увазі під цими поняттями, які дії повинен зробити інший, щоб Ви відчували, що вас люблять або поважають (тільки головне конкретизуйте, хто, що повинен робити, як, скільки разів ...).

**Вправа 3.** Якщо у Вас є спогади, які закарбувалися чіткою картинкою і несуть в собі величезну руйнівну силу – робіть цей образ все світліше і світліше, поки він остаточно не зникне. Коли Ви хочете що-небудь забути, робіть картинку світлою до тих пір, поки не перестанете бачити, що на ній зображено.

**Вправа 4.** Щоб знизити інтенсивність переживання, уявіть неприємну ситуацію (людину, місце), яким це все буде через ... 50 років.

**Вправа 5.** Згадайте травматичну ситуацію. Потім уявіть себе у кінотеатрі. Перед вами – великий екран, обмежений рамкою. Тепер ви дивитесь, ніби фільм, на цю ситуацію. Тобто ви як би вийшли з неї, вона – фільм. Потім подумки візьміть в руки пульт. Якщо хочете, можете «помацати» його, відчутти його клавіші – чим точніше, яскравіше ви будете все уявляти, тим краще. За допомогою цього віртуального пульта приборіть яскравість, контрастність, насиченість картинки. Нехай вона стане тьмяною і безбарвною. Потім зменшіть її. Можете потім взагалі вимкнути фільм. Зробіть цю вправу кілька разів. І ви побачите, як травматична ситуація перестане бути такою. Ви її не забудете, але вона перестане вас чіпляти, стане несуттєвою, рядовою подією вашого життя.

# Післямова

## *Дорогі читачі!*

Ви перегорнули останню сторінку нашої книжки. Ми намагалися розповісти вам про можливості застосування психологічних знань у вашій повсякденній роботі, окреслити особливості пацієнтів із різним типом темпераменту, тілобудови, віку та статі, як врахування їхніх психологічних якостей сприятиме ефективності взаємодії в системі «медичний працівник - пацієнт». Окрему увагу нами приділено інструментам спілкування, веденню бесіди та переговорів, захисту від маніпуляцій та вчасному їх розпізнаванню.

Не варто недооцінювати й психодіагностику в роботі медичних працівників, адже запропоновані в книзі експрес-методики дозволять вам виявити відхилення у психічному стані пацієнтів, визначити їх темперамент, ставлення до хвороби, схильності до стресових розладів і залежності від психоактивних речовин. До того ж пізнавати себе завжди цікаво, запропоновані у книзі методики можна успішно застосовувати й для самодіагностики.

Медичний працівник завжди частково психотерапевт, його слово лікує не менше, ніж крапельниці та пігулки. Ми запропонували вашій увазі прості у використанні психотерапевтичні методики, а пояснення особливостей їх роботи, дозволить вам модифікувати їх до своєї повсякденної діяльності. Детальніший опис як психодіагностичних, так і психотерапевтичних методик ви зможете знайти у рекомендованій літературі.

Автори книги не претендують на вичерпність поданої інформації, це лише спроба розширити ваші уявлення про психологію у роботі медичного працівника, особливості спілкування з пацієнтами, колегами та керівництвом. Сподіваємось, що отримані в результаті читання книжки знання, стануть вам у нагоді.

Психологам і соціальним працівникам книжка стане корисною у роботі з клієнтами у лікувально-профілактичних закладах, при підготовці тренінгових та індивідуальних занять.

Якщо дана книжка стане порадником та путівником у світі психології спілкування, автори вважатимуть своє завдання виконаним.

Успіхів Вам і подяка за проявлений інтерес до нашої книжки!

## Використана література

1. Веселов Н. Г. Принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений / Н. Г. Веселов, Е. Ю. Кузнецова, Г. К. Ермакова, Н. Н. Яременко с соавт. – Л.: 1990. – 55 с.
2. Изард К. Психология эмоций / К.Изард; Пер. с англ. А. Татлыбаева. – СПб.: Питер, 1999. – 464 с.
3. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е.П. Ильин. — СПб.: Питер, 2003. — 544 с.
4. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка / Д. Н. Исаев. – СПб., 1993. – 75 с.
5. Ковалевский В. А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка / В. А. Ковалевский. – Красноярск, 1997. – 122с.
6. Лукомська С.О. Особливості копінг-стратегій учасників бойових дій на Сході України / С.О. Лукомська // Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: психотехнології особистісних змін. Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (м. Суми 16-17 лютого 2017 р.) – С. 30-33.
7. Лукомська С.О. Посттравматичне зростання: теоретичні підходи, емпіричні методики та методичні рекомендації / С.О. Лукомська // Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: Монографія за ред. С.Д. Максименка, С.Б.Кузікової, В.Л. Зливкова. Книга 2. – Київ-Суми, 2017. – С. 216-237.
8. Лукутина А.И. Клиническая характеристика психических расстройств у пациентов с травмой опорно-двигательного аппарата / А.И. Лукутина // Научно-практический журнал «Хирург». – 2007. - №12. – С. 59-63
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д.Менделевич. – 6-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
10. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. — М.: Изд-во МГУ, 1987. – 155 с.
11. Поліщук С.С. Корекція психоемоційного стану у хворих з травмами щелепно-лицевої ділянки / С.С. Поліщук // Вісник стоматології. – 2005. – № 1. – С. 50-56.
12. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Питер, 2003. — 607 с.
13. Савункина А.А. Психологические особенности работы с пациентами разного возраста / А.А. Савункина, Т.А. Богданова // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11-6. – С. 931-933
14. Франкл В. Сказать жизни «Да!»: психолог в концлагере / В.Франкл. – М.: Альпина Нон-фикшн, 2009. – 239 с.
15. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Ирвин Ялом, 1980 М.: "Класс", 1999. – 576 с.
16. Beck A. The past and the future of cognitive therapy / A.Beck // Journal of Psychotherapy Practice and Research. – 1997. – Vol. 6. –P. 276–284.

17. Cardaciotto L. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale / L. Cardaciotto, J.D. Herbert, E.M. Forman // *Assessment*. – 2016. – Vol. 15(2). – P. 204-209.
18. Creswell J.D. Mindfulness Interventions / J.D. Creswell // *Annual Review of Psychology*. – 2016. – Vol. 68. – P. 240–251
19. Derogatis L.R. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi // *Psychopharmacol Bull.* – 1973. – Vol. 9. – P. 13–28
20. Grossmann I. Emotional complexity: Clarifying definitions and cultural correlates. / I. Grossmann, A.C. Huynh, P.C. Ellsworth // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2016. – Vol. 111(6). – P. 895-916.
21. Jackson A.C. Posttraumatic Growth: Is there evidence for changing our practice? / A.C. Jackson // *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. – 2007. – Vol. 1. – P. 300–308.
22. Linley P.A. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review / P.A. Linley, S. Joseph // *Journal of Traumatic Stress*. – 2004. – Vol. 17. – P. 11–21.
23. Lodi-Smith J. Development of identity clarity and content in adulthood / J. Lodi-Smith, S. M. Spain // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2017. – Vol. 112(5). – P. 755-768.
24. Maddi S.R. The Personality Construct of Hardiness: Relationships With the Construction of Existential Meaning in Life / S.R. Maddi, D.M. Khoshaba, R.H. Harvey, M. Fazel, N. Resurreccion // *Journal of Humanistic Psychology*. – 2015. – Vol. 51(3). – P. 369-388
25. Park C.L. Assessment and prediction of stress-related growth / C.L. Park, L.H. Cohen, R.L. Murch // *Journal of Personality*. – 1996. – Vol. 64 (1). – P. 71–105.
26. Rutter M. Resilience, competence, and coping / M. Rutter // *Child Abuse & Neglect*. – 2014. – N. 31(3). – P. 205–209
27. Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual / R.P. Snaith, A.S. Zigmond. – Windsor, England, Nfer-Nelson, 1994. – 300 p.
28. Tan S. Resilience and posttraumatic growth: Empirical evidence and clinical applications from a christian perspective / S. Tan // *Journal of Psychology and Christianity*. – 2013. – Vol. 32 (4). – P. 358–364
29. Tedeschi R.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence / R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol. 15. – P. 1–18.
30. Von Korff M., Dworkin S.G., LeResche L., Krueger A. An epidemiologic comparison of pain complaints / M. Von Korff, S.G. Dworkin, L. LeResche, A. Krueger // *Pain*. – 1988. – Vol. 32. – P. 33-40.

## Рекомендована література

1. Бендас Т. В. Гендерная психология. – СПб.: Питер, 2006. – 431 с.
2. Бэндлер Р., Гриндер Дж. Из лягушек - в принцы. (Вводный курс НЛП-тренинга).- Сыктывкар: Флинта, 2000.- 223 с.
3. Бодров В.А. Психологический стресс. Развитие и преодоление. – М.. ПЕР СЭ, 2006 – 311 с.
4. Дилтс Р. Моделирование с помощью НЛП.- СПб.: Питер, 2001.- 288 с.
5. Євдокимова Н.О., Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 229 с.
6. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. — СПб.: Питер, 2003. — 544 с.
7. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка. – СПб., 1993. – 75 с.
8. Клиническая психология / [ред. М. Перре, У. Бауманн]; пер с нем. А. Желнин, И. Стефанович. – [2-е изд.]. – СПб.: Издательство «Питер», 2007. – 1312 с.
9. Ковалев С.В. Введение в современное НЛП. Психотехнологии личностной эффективности: Учебное пособие.- М.: Московский психолого-социальный институт; Флинта, 2002.- 512 с.
10. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. – Кострома КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – 296 с.
11. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. – М.: ООО АПРЕЛЬ ПРЕСС, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 416 с.
12. Магомед-Эминов М.Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестник Московского Университета. – 2016. – №4. – С. 26 – 34.
13. Малкина Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. – М.: Изд.- во Эксмо, 2006 – 992 с.
14. Мелибруда Е. Я – ты – мы: Психологические возможности улучшения общения / Пер. с польск. – Москва: ООО «Символ-Плюс», 1996 . – 256 с.
15. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.
16. Панкратов В. Н. Манипуляции в общении и их нейтрализация: практическое руководство. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – 208 с.
17. Савункина А.А., Богданова Т.А. Психологические особенности работы с пациентами разного возраста // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11-б. – С. 931-933
18. Селигман М. Путь к процветанию: Новое понимание счастья и благополучия. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 440 с.
19. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.
20. Ситников В.Л. Психодиагностическая беседа в практике клинических психологов. Учебное пособие. – СПб., 2005. – 98 с.

21. Собчик Л. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – СПб.: Речь, 2005. – 624 с.
22. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. – СПб.: Издательство «Питер», 2002. – 224 с.
23. Цепцов В.А. Переговоры: психология, воздействие, практика. – М.: Издательство «Институт психологии РАН», 1996. – 136 с.
24. Шостром Э. Человек-манипулятор. Внутреннее путешествие от манипуляции к актуализации. – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2008. – 192 с.

## **Інформація про авторів**

### **Зливков Валерій Лаврентійович**

Завідувач лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, доцент, член Вченої ради Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.



Автор понад трьохсот наукових публікацій (підручники, посібники, колективні монографії, статті). За науковою редакцією В.Л. Зливкова видано шість індивідуальних та колективних монографій, шість посібників, у тому числі із грифом МОН України; підручник (2 видання).

Монографію «Педагогічна комунікація та ідентичність педагога» відзначено Дипломом 2-го ступеня у Конкурсі на кращу монографію Національної Академії педагогічних наук України. Під науковим

керівництвом В.Л. Зливкова вже десять його аспірантів захистили кандидатські дисертації. Коло наукових інтересів: проблеми становлення ідентичності та автентичності у сучасній психологічній науці; соціально-психологічні складові впливу електронних ЗМІ на формування іміджу політичного лідера; дослідження ефективної комунікації викладачів зі студентами та учнями.

Захоплюється підводним плаванням, подорожами, садівництвом та спілкуванням з онуками.

### **Лукомська Світлана Олексіївна**



Старший науковий співробітник, лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук.

Автор п'яти колективних монографій, трьох посібників та близько сотні статей. Основною сферою наукових інтересів є дитяча психологія, психологія особистості, зокрема особливості її функціонування в період соціальних трансформацій, а також медична психологія та психологія

діяльності в екстремальних умовах. Науковий керівник декількох кандидатських дисертацій.

На волонтерських засадах надає психологічну допомогу учасникам бойових дій на Сході України, здійснює організаційно-методичний супровід діяльності реабілітаційного відділення на базі Черкаського обласного госпіталю ветеранів війни. Захоплюється французькою та угорською культурами, туризмом та традиційною українською вишивкою.



**АВТОРИ**

**Зливков Валерій Лаврентійович**



**Лукомська Світлана Олексіївна**

